e d'intérêt : 640

---

nfections en garderie : guide de prévention à l'usage des
ssionnels et professionnelles de la santé / [Michel Alary ... et al
lisé par le Comité provincial sur les maladies infectieuses en
rie avec la collaboration de l'Office des services de garde à
ance] -- Québec : Publications du Québec : L'Office, 1988
r. : 272 p. : 22 cm.

Bibliogr. : p. [267]-272. Glossaire. Index.

ISBN 2-551-08191-2

teur(s) secondaire(s) : Alary, Michel. • Québec (Province). Comité
ncial sur les maladies infectieuses. • Québec (Province). Office des
ces de garde à l'enfance.

---

pteur(s) : Maladie • Garderie • Services de garde • Prévention •
sme • Guide • Education préscolaire

ficateur(s) de sujet : Infection

---

ette publication s'intéresse à la prévention et au contrôle des
ions dans les milieux de garde. La première partie traite du rôle
ganismes de santé communautaire face aux maladies infectieuses en
ie. On y trouve le mandat de ces organismes, un mode d'intervention
le ainsi qu'un modèle de surveillance des maladies infectieuses. La
me partie réunit de l'information sur les critères d'intervention
ées aux organismes de santé et sur la prévention des infections
le mode de transmission de la maladie. La troisième partie traite
cune des maladies infectieuses rencontrées en garderie et
tées selon l'ordre alphabétique. La table des matières et l'index
tent de retrouver l'information désirée en regard de chaque maladie
ieuse.

---

ype de document :

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

LES INFECTIONS EN GARDERIE

GUIDE DE PRÉVENTION À L'USAGE DES PROFESSIONNELS ET PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ

Québec

937312

LES INFECTIONS EN **GARDERIE**

BIBLIOTHEQUE ADMINISTRATIVE
Ministère des Communications du Québec
Éléments de catalogage avant publication

Les infections en garderie : guide de prévention à l'usage des professionnels et professionnelles de la santé / Michel Alary ... [*et al.*] ; réalisé par le Comité provincial sur les maladies infectieuses en garderie avec la collaboration de l'Office des services de garde à l'enfance. — [Québec] : L'Office, 1988.

XII, p. : graph.
Bibliogr. : p. 269-274.
ISBN 2-551-08191-2

1. Maladies infectieuses chez l'enfant 2. Garderies – Québec (Province) 3. Enfants – Soins et hygiène – Québec (Province) I. Alary, Michel II. Québec (Province). Office des services de garde à l'enfance III. Québec (Province). Comité provincial sur les maladies infectieuses en garderie

All S47 153

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

LES INFECTIONS EN GARDERIE

GUIDE DE PRÉVENTION À L'USAGE DES PROFESSIONNELS ET PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé par le *Comité provincial sur les maladies infectieuses en garderie* avec la collaboration de l'Office des services de garde à l'enfance.

Les auteurs sont :

Michel Alary, médecin responsable du programme des maladies infectieuses, DSC du Centre hospitalier régional de la Beauce, Beauceville.

Pierre Dery, pédiatre infectiologue, DSC CHUL, Sainte-Foy, Québec.

Micheline Guy, infirmière responsable du programme des maladies infectieuses, DSC Saint-Luc, Montréal.

Danielle Le Hénaff, infirmière-conseillère en planification et en programmation, DSC Enfant-Jésus, Québec.

Marie-Thérèse Proulx, infirmière-conseil au CLSC Côte-des-Neiges de Montréal.

Marie-France Raynault, médecin-conseil au programme Enfance, CLSC Centre-Sud, Montréal.

Julio C. Soto, médecin-conseil en santé publique, DSC Saint-Luc, Montréal.

Gisèle Trudeau, médecin-conseil au programme des maladies infectieuses, DSC Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boulevard Charest Ouest
Québec, Québec
G1N 4K7

Graphisme de la couverture :
Courtoyer & Fournet associés

Première édition
Trois mille exemplaires

Dépôt légal — 4e trimestre 1988
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08191-2
© 1988, Gouvernement du Québec

Préface

Garderie et santé publique

Le phénomène des garderies, puisqu'il faut l'appeler par son nom, n'a pas été sans soulever un intérêt grandissant chez les responsables de la protection de la santé publique au Québec. Déjà en octobre 1984, nos collègues et collaborateurs Jean-Noël Goupil et Yves Robert publiaient un document traitant plus spécifiquement des problèmes d'infectiologie communautaire rencontrés dans ce milieu[1].

Le réseau de santé communautaire n'a pas tardé à réagir de manière enthousiaste, puisqu'à la demande du *Comité des maladies infectieuses du Québec*, dix-sept départements de santé communautaire souhaitaient voir le thème de la « protection de la santé en garderie » inscrit à l'ordre du jour[2]. Prenant acte, le Comité se dotait d'un groupe de travail ad hoc et vous tenez aujourd'hui entre vos mains le fruit de nombreux mois de labeur intense. À tous les membres nous devons de chaleureux remerciements.

Le cours des événements a modifié les structures de ce groupe de travail, qui est devenu le *Comité sur les maladies infectieuses en garderie*. Comme quoi rien ne peut arrêter le progrès! Ayant accepté personnellement le mandat de mener à terme cette entreprise, je suis à la fois heureux et honoré de la confiance réciproque qui s'est manifestée tout au long de ce travail. Tous, nous pouvons dire « mission accomplie » en toute sérénité.

Nous sommes tout spécialement reconnaissants à l'Office des services de garde à l'enfance et à sa présidente pour leur étroite et précieuse collaboration.

Et maintenant, que le réseau de santé et celui des garderies assurent la pérennité de cette œuvre.

Le chef du Département de santé communautaire,
Hôpital Saint-Luc

Jean ROBERT, M.D., M.Sc., F.R.C.P.
microbiologiste-infectiologue

1. Goupil, J.-N. et Y. Robert, *Les infections en garderie dans la région de Montréal : analyse rétrospective et perspectives d'avenir*, DSC Saint-Luc, octobre 1984, 75 p.
2. Voir *Bulletin d'information du Comité des maladies infectieuses du Québec*, n° 1, 1985, p. 4.

Avant-propos

En novembre 1985, le *Comité des maladies infectieuses des départements de santé communautaire du Québec* confiait à un groupe de travail le mandat d'élaborer un document réunissant l'information à jour sur les maladies infectieuses en garderie et proposant aux CLSC et aux DSC des protocoles d'intervention. Le Comité voulait ainsi soutenir les intervenantes et intervenants en santé communautaire dans leurs efforts pour prévenir et contrôler les infections en garderie.

La présente publication a été réalisée par ce groupe de travail auquel participaient Michel Alary, Pierre Déry, Micheline Guy, Danièle Le Hénaff, Marie-Thérèse Proulx, Marie-France Raynault, Julio C. Soto et Gisèle Trudeau. Nous remercions très chaleureusement ces personnes pour la rigueur, la compétence et la disponibilité dont elles ont fait preuve tout au long des travaux.

Merci également au docteur Jean Robert, président du *Comité des maladies infectieuses*, au docteur Yves Robert, secrétaire du comité, ainsi qu'à tous ceux et celles qui ont lu et commenté l'édition de rodage du présent guide. Leur expertise a été extrêmement précieuse.

Merci enfin à mesdames Brigitte Gendron, Céline Vaillancourt, Francine Matte et Colette Senécal qui ont dactylographié les textes et les tableaux, de même qu'à Margaret De Serres, Hélène Perrault et Monique Proulx de l'Office des services de garde à l'enfance, qui ont apporté leur appui à ce projet et collaboré à la révision du manuscrit.

Espérons que ce guide sera apprécié des professionnels et professionnelles de la santé et qu'il leur permettra de mieux prévenir et contrôler les infections en garderie.

La présidente de l'Office des services de garde à l'enfance

Table des matières

Préface V

Avant-propos VII

Sigles et abréviations utilisés dans le volume XI

Introduction 1

1. Le réseau de santé communautaire face aux maladies infectieuses en garderie 3

1.1 Mandats des CLSC et des DSC 3

1.2 Modèle d'intervention des CLSC et des DSC auprès des garderies 4

1.3 La surveillance épidémiologique : un besoin inéluctable 7

2. L'approche des maladies infectieuses en garderie : recommandations générales 11

2.1 Les critères d'intervention 11

2.2 La prévention des maladies transmises par voie fécale-orale 13

2.3 La prévention des maladies transmises par voies respiratoires 15

2.4 La prévention des maladies transmises par le sang ou par des liquides organiques 17

2.5 La prévention des maladies évitables par la vaccination 18

3. L'approche des maladies infectieuses en garderie : recommandations particulières 21

Bronchiolite 23

Campylobactériose 27

Clostridium difficile (infection à) 32

Conjonctivite 37

Coqueluche 41

Coxsackie (infection à) 48

Cryptosporidiose 51

Cytomégalovirus (infection à) 56

Diarrhée épidémique 59

Diphtérie 64

Échovirus (infection à) 66

Érythème infectieux (5e maladie) 68

Escherichia coli (gastro-entérite à) 71

Gale 77

Gastro-entérite à rotavirus 84

Giardiase 89

Haemophilus influenza type b (infections systémiques) 97
Hépatite A 104
Hépatite B 113
Herpes simplex (infection à) (MADO si néo-natal) 117
Impétigo 120
Influenza (grippe) 125
Intoxication alimentaire 130
Laryngite 135
Méningites virales 138
Molluscum contagiosum 141
Mononucléose infectieuse 143
Neisseria meningitidis (infection à) 146
Oreillons 152
Otite moyenne aiguë 157
Oxyurose (entérobiase) 160
Pédiculose 165
Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine 174
Pharyngo-amygdalite virale 179
Pneumocoque (infection à) 183
Pneumonies bactériennes 186
Pneumonies virales 188
Poliomyélite 190
Rhume 192
Roséole (exanthème subit) 195
Rougeole 197
Rubéole 204
Salmonellose (incluant la typhoïde) 209
Shigellose 216
SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) 222
Tétanos 225
Tinea capitis (infection à) 227
Tinea corporis (infection à) 231
Tuberculose 234
Varicelle 240
Verrues 246
Yersiniose 248

Conclusion 253
Glossaire 255
Index 263
Bibliographie 267

Principaux sigles et abréviations utilisés dans ce volume

AAS	acide acétylsalicylique
AZT	azidothymidine
ANTI-HBc	anticorps contre le « core » du virus de l'hépatite B (HBV)
ANTI-HBs	anticorps contre l'antigène de surface du HBV
ANTI-VIH	anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine
B-K	bacille de Koch, agent causal de la tuberculose
CA	Centre d'accueil
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMV	cytomégalovirus
DCT	vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
d-T-	vaccin contre la diphtérie et le tétanos
DSC	Département de santé communautaire
ELISA	« Enzyme Linked Immunosorbent Assay »
HAV	virus de l'hépatite A
HBIG	immunoglobuline hyperimmune contre l'hépatite B
HBV	virus de l'hépatite B
HBeAg	antigène « e » de l'hépatite B
HBsAg	antigène de surface de l'hépatite B
Hib	*Haemophilus influenzae type b*
IG	immunoglobuline (IgA, IgE, IgG, IgM)
IFA	test d'immunofluorescence
i.m.	intramusculaire
INH	isoniazide
IVRS	infection des voies respiratoires supérieures
LCR	liquide céphalo-rachidien
MADO	maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MD	marque déposée
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPD	Protein Purified Derivate
PRP	vaccin contre Haemophilus b
PRP-D	vaccin conjugué contre Haemophilus b
RAA	rhumatisme articulaire aigu
RIPA	test de radio-immuno précipitation
RRO	vaccin rougeole-rubéole-oreillons
SHU	syndrome hémolytique-urémique
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TB	tuberculose
UT	unité de tuberculine
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPO	vaccin polio-oral
VRS	virus respiratoire syncytial
VZIG	immunoglobuline hyperimmune contre le virus varicella-zoster

Introduction

En 1965, l'Organisation mondiale de la santé faisait état, pour la première fois, des problèmes de santé en garderie en abordant la question sous ses différentes facettes : médicales, psychologiques et sociales. Les experts soulignaient alors la vulnérabilité des enfants des garderies face aux maladies infectieuses, vulnérabilité imputable, entre autres, à leur relative immaturité immunologique, au nombre élevé de contacts à l'intérieur des garderies, de même qu'à l'acquisition incomplète des habitudes d'hygiène chez le jeune enfant. Des études ont de plus démontré que les enfants des garderies contribuent aussi à la propagation des infections dans leur famille et dans la communauté.

Depuis quelques années, certains organismes de santé du Québec s'intéressent à cette question. Cependant, à l'heure actuelle, on ne dispose pas de données précises sur la fréquence des maladies infectieuses chez les enfants fréquentant les garderies, ni de consensus sur les modes d'interventions les plus indiqués selon la maladie en cause. Il n'existe pas non plus de politique homogène de coordination entre les garderies et les organismes de santé, les mesures pour solutionner un problème étant laissées aux initiatives locales.

La question est pourtant fort complexe et ce, à cause, notamment, de la diversité des maladies infectieuses rapportées, de la difficulté d'identifier un enfant malade dès le début du processus et des conséquences de la maladie sur l'organisation du travail, tant des parents que du personnel du service de garde. Il importe donc que les différents organismes concernés s'intéressent à cette question.

Conscient de l'importance de cette problématique, l'Office des services de garde à l'enfance a déjà élaboré, en collaboration avec certains DSC, un guide sur la santé en milieu de garde. Publié chez les Publications du Québec, sous le titre ***Des enfants gardés... en santé***, ce guide, destiné au personnel des services de garde, traite largement de la prévention des infections en milieu de garde. Nous y référons à quelques reprises à l'intérieur du présent guide.

La présente publication est le fruit de l'effort de plusieurs institutions de santé et s'adresse aux professionnels et professionnelles de la santé qui s'intéressent à la prévention et au contrôle des infections en garderie. De façon plus précise, l'ouvrage devrait leur permettre de :

— situer le rôle des DSC et des CLSC face à la problématique des infections en garderie ;
— prendre contact avec l'état actuel des connaissances sur les infections en garderie ;
— répondre rapidement et de façon adéquate et uniforme à un problème d'infection en garderie ;
— identifier et solutionner rapidement une situation pouvant menacer la santé publique ;
— construire un modèle de données permettant la surveillance des infections en garderie ;
— contribuer à la promotion de la santé en garderie.

La première partie du document traite du rôle des DSC et des CLSC face aux maladies infectieuses en garderie. On y trouve une définition du rôle de ces organismes, une présentation d'un mode de fonctionnement possible de même qu'un modèle de surveillance des maladies infectieuses en garderie.

La deuxième partie réunit de l'information sur les critères d'interventions proposés aux organismes de santé et sur la prévention des infections selon le mode de transmission de la maladie.

La troisième partie traite de chacune des maladies infectieuses rencontrées en garderie. Les maladies y sont présentées dans l'ordre alphabétique. La table des matières et l'index permettent au lecteur de s'y retrouver aisément.

Mentionnons enfin que ce document doit être considéré comme un guide. Les mesures qui y sont proposées sont donc des lignes de conduite plutôt que des règles sévères à respecter. Nous sommes aussi conscients des limites du guide, car notre travail nous a permis de réaliser, une fois de plus, à quel point les besoins du réseau de santé communautaire, en matière de santé en garderie, sont grands.

Les Auteurs.

CHAPITRE 1

LE RÉSEAU DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE FACE AUX MALADIES INFECTIEUSES EN GARDERIE

Le réseau des garderies s'est considérablement développé au cours des dix dernières années. Le nombre de places a plus que triplé pour atteindre 32 624 places au 31 mars 1987, pour 731 garderies.

À la même date, on comptait 145 CLSC et 32 DSC répartis à travers le Québec. De par leur vocation communautaire, ils sont les intervenants privilégiés pour les problèmes de santé en garderie. Après avoir défini de façon globale leurs rôles respectifs, nous proposerons un modèle d'intervention auprès des garderies ainsi qu'un modèle de surveillance des maladies infectieuses. Ce dernier a été développé à partir d'une recherche menée par le DSC Saint-Luc et les CLSC du territoire en 1986-1987, auprès de 33 garderies du centre-ville de Montréal.

1.1 Mandats des CLSC et des DSC

À l'examen des mandats confiés aux CLSC et aux DSC, il apparaît évident que ces deux types d'organismes ont un rôle important à jouer en matière de prévention et de contrôle des infections en garderie. Rappelons brièvement le mandat que leur confère la ***Loi sur les services de santé et les services sociaux***.

— CLSC

Le CLSC offre à la communauté des services de prévention et d'actions sanitaires et sociales, notamment en recevant ou en visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide.

— DSC

Quant aux DSC, ils doivent, en collaboration avec les établissements de santé et en tenant compte des priorités établies par le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS):

1) établir et mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département;
2) identifier les problèmes de santé de la population et élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire;
3) veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire;
4) évaluer les services de santé du territoire.

1.2 Modèle d'intervention des CLSC et des DSC auprès des garderies

En vue de bien répondre, à la fois, aux demandes des garderies et aux exigences d'un programme de santé publique, il nous est apparu important de proposer ici un modèle d'intervention auprès des garderies. Ce modèle a été élaboré à la suite d'une consultation auprès d'intervenants de DSC et CLSC. Il peut s'adapter ou être modifié en fonction des particularités des garderies et des organismes de santé.

L'intervention des CLSC et des DSC auprès des garderies doit se faire selon un canal de communication qui tient compte de la structure administrative de ces milieux. Soixante-dix pour cent des garderies sont des corporations sans but lucratif administrées par un conseil d'administration composé majoritairement des parents des enfants inscrits à la garderie. La personne qui fait la gestion courante de la garderie, la planification, la direction des activités est soit un/e directeur/trice, coordonnateur/trice ou un/e responsable. Dans certaines garderies, un comité santé et hygiène, regroupant des parents et des membres du personnel, existe. Il devient donc une ressource importante lors de la planification d'interventions en matière de santé.

Le réseau des garderies est également constitué d'environ 30 % de garderies à but lucratif. Les fonctions de gestion sont assurées par le propriétaire ou une personne engagée à ces fins. En vertu de la ***Loi sur les services de garde à l'enfance***, ces garderies sont tenues de constituer un comité de parents qui doit être consulté sur tous les aspects touchant la vie des enfants.

— CLSC

Quelle que soit la structure administrative de la garderie, les premiers contacts devraient être établis avec le ou la responsable de la garderie. De plus, le comité santé et hygiène, le conseil d'administration ou le comité de parents peuvent être invités à participer à la planification des interventions en matière de santé. Il faut se rappeler qu'avant d'intervenir en garderie, il est important de clarifier les attentes et besoins des services de garde ainsi que le soutien que peut apporter le CLSC. Les interventions planifiées accommodent la garderie et permettent aux intervenants de la santé d'établir un climat de confiance. La planification devra évidemment tenir compte de la disponibilité des groupes à rejoindre. À titre de suggestion, il serait préférable de rencontrer :

les enfants, en matinée ;

le personnel, l'après-midi (pendant la sieste des enfants) ;

les parents, au moment où ils viennent chercher les enfants ou lors de rencontres du conseil d'administration ou de comités de parents.

Les premiers contacts du CLSC seraient généralement établis par une infirmière attitrée à une garderie ou à un groupe de garderies. Identifiée comme personne-ressource auprès des garderies, c'est généralement elle qui recevrait les appels provenant de la garderie et qui visiterait les garderies à quelques reprises au cours d'une année. De plus, le CLSC devrait aussi identifier un médecin qui pourrait à la fois agir comme médecin-conseil auprès de cette infirmière et intervenir directement auprès des garderies lorsqu'un problème de santé particulier le nécessite.

Ce sont ces professionnels qui, en début d'année, rencontreraient les responsables de la garderie et discuteraient d'un plan d'action visant la santé globale des enfants et du personnel.

Les activités prévues pour une année pourraient comprendre :

1) la vérification des carnets de santé des enfants, avec l'autorisation des parents, et le statut immunitaire du personnel (avec son autorisation) ;
2) l'intervention précoce et préventive lors de risques d'épidémies : lettres aux parents, visites à la garderie, recommandations, etc. ;
3) une formation ad hoc du personnel sur des sujets reliés à la santé ;
4) des rencontres d'information avec les parents, au besoin ;
5) une participation à des projets de recherche élaborés conjointement avec le DSC.

À l'occasion de visites à la garderie, l'observation effectuée par les professionnels de la santé devrait être globale et s'intéresser aux divers

aspects du développement de l'enfant. Au besoin, ils pourraient être amenés à proposer des interventions spécifiques.

Enfin, il serait également souhaitable que les CLSC offrent d'autres types de services : examen médical pour le personnel, consultation lors d'urgences mineures, suivi d'enfants ayant des besoins spéciaux et soutien au personnel dans ces cas. La diversité des services contribue à augmenter la crédibilité de l'organisme.

En l'absence de médecins à l'intérieur du CLSC, la garderie devrait contacter un médecin pédiatre ou généraliste qui deviendrait personne-ressource.

— DSC

Le DSC, quant à lui, pourrait être responsable de l'implantation d'un programme de surveillance des infections en garderie : collecte et analyse des données, information aux CLSC concernés. Pour réaliser un tel projet, une infirmière et un médecin-conseil sont essentiels. Dans certaines situations, la présence d'un consultant en épidémiologie ou en santé publique est souhaitable.

En cas d'épidémie, ces professionnels de la santé peuvent agir comme personne-ressource. Le DSC peut aussi faciliter l'accès au laboratoire.

Dans tous les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et de toute autre infection menaçant la santé publique, le DSC doit prendre les mesures nécessaires et intervenir conjointement avec le CLSC.

Enfin, les DSC disposent de ressources leur permettant de réaliser des recherches qu'ils devraient élaborer de concert avec les organismes du territoire.

En tout temps, une collaboration étroite doit être envisagée entre les CLSC et les DSC, tant dans l'élaboration d'un programme de santé que dans la recherche et le contrôle des épidémies.

Actuellement, tous les CLSC et DSC ne sont pas structurés pour répondre aux besoins des garderies. Par ailleurs, les DSC auront peut-être à assumer les tâches proposées dans les endroits dépourvus de CLSC ou à la place des CLSC en pénurie de ressources.

Nul doute que ces recommandations nécessiteront l'ajout ou la réallocation de ressources pour plusieurs établissements.

1.3 La surveillance épidémiologique : un besoin inéluctable

Cette section propose un modèle de surveillance des maladies infectieuses en garderie. Le but est d'établir une source d'information à l'intention des intervenantes et intervenants en santé, qui leur permette d'analyser les caractéristiques épidémiques des maladies infectieuses plus fréquentes en milieu de garde. Une étroite collaboration entre les garderies et le réseau de la santé est nécessaire pour le bon fonctionnement d'un tel système de surveillance et pour le traitement de l'information recueillie.

1.3.1 Le rôle des établissements et des individus concernés

Lors d'échanges entre les organismes participants, le rôle de toutes les personnes-ressources collaborant à ce projet devra être établi et une coordination devra être assurée.

La garderie devra s'adresser aux parents pour souligner l'importance de signaler aux éducatrices(teurs) tout problème de santé chez l'enfant, particulièrement s'il a provoqué de l'absentéisme ou une consultation médicale.

Les parents devront demander au médecin traitant le diagnostic présumé ou confirmé afin de transmettre l'information la plus précise possible au personnel de la garderie responsable de l'enfant.

La responsable de la garderie devra transmettre l'information donnée par les parents aux éducatrices(teurs) en utilisant des formulaires fournis par le Département de santé communautaire. La présence d'un problème de santé perçu comme inhabituel pour la garderie devra aussi être signalée au CLSC du secteur ou au DSC dans les plus brefs délais.

Les CLSC, organismes de première ligne du réseau de la santé, devront s'assurer d'être perçus par les garderies du secteur comme un organisme-ressource à qui s'adresser en cas de maladies ou lors de toute action visant la promotion de la santé.

Étant donné que le chef du DSC a la responsabilité de protéger la santé de la population, il doit, entre autres, recevoir toute notification des maladies contagieuses, notamment les MADO — maladies à déclaration obligatoire, afin d'analyser ces données, d'effectuer des enquêtes épidémiologiques et de prendre les mesures nécessaires pour contrôler le problème.

C'est donc aux DSC qu'échoit le rôle de la collecte et de la classification des données déjà recueillies par le personnel de la garderie. Cette

tâche est remplie par la personne responsable du dossier garderie sur une base périodique déterminée selon le type de maladies à surveiller et les ressources disponibles.

Les résultats compilés et interprétés par le personnel du DSC devront être distribués aux responsables des CLSC qui participent à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses en garderie.

Une circulaire émise par les DSC et adressée aux médecins du territoire devra souligner :

— le besoin d'informer adéquatement les parents sur les maladies susceptibles de présenter un problème de santé publique ;

— l'importance d'inscrire dans les dossiers le lien des patients avec une garderie (comme usagers ou travailleurs).

1.3.2 Les données à recueillir

La qualité et la quantité des données dépendent, en grande partie, de la collaboration des individus concernés (parents, éducateurs et responsables de garderies).

Les données à rechercher seront :

— **la description du cas**
À partir d'une définition préalable des maladies à surveiller, consigner les renseignements suivants : l'adresse, la date de naissance, la date du début des symptômes et le diagnostic présumé (si l'intervenant est un médecin). Le sexe et l'occupation sont des données pertinentes pour le personnel des garderies.

— **l'identification des facteurs de risque**
Identifier l'état immunitaire de la population surveillée (pour les maladies sujettes à la prévention primaire), les caractéristiques organisationnelles des garderies (taille, ressources matérielles et humaines) ainsi que tout facteur qui pourrait influencer le risque et la réceptivité aux infections.

— **l'incidence des infections**
Établir la fréquence et le type d'infections rapportées en garderie selon le temps (saison, année, mois), le lieu (zone géographique, quartier) et l'individu impliqué (caractéristiques personnelles, statut socio-économique, et groupe d'enfants).

Note importante : Voir ci-dessous le modèle de formulaire suggéré pour la surveillance des maladies infectieuses en garderie.

Formulaire suggéré pour la surveillance des maladies infectieuses en garderie
(à remplir par la personne responsable de la garderie lors de la notification d'un problème de santé chez un enfant) :

Date de déclaration : (Jour) (Mois) (Année)

Nom de l'enfant : _____

Sexe : (F) (M)

Date de naissance : (Jour) (Mois) (Année)

Garderie fréquentée : _____

Maladie à déclarer :
- ☐ Rhume
- ☐ Diarrhée
- ☐ Autre _____

_____ *(précisez)*

Médecin consulté :
- ☐ oui
- ☐ non

Hospitalisation :
- ☐ oui
- ☐ non

N.B. : Contactez immédiatement le CLSC dans le cas des maladies suivantes :

Coqueluche
Diphtérie
Fièvre typhoïde et parathyphoïde
Gale
Hépatite virale
Impétigo
Intoxication alimentaire
Méningite
Oreillon
Pédiculose
Poliomyélite
Rougeole
Rubéole
Scarlatine
Tuberculose
Varicelle

ou pour toute autre infection où un micro-organisme est identifié

CHAPITRE 2

L'APPROCHE DES MALADIES INFECTIEUSES EN GARDERIE : RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Ce chapitre propose d'abord quelques critères d'intervention pouvant guider les professionnels de la santé dans leurs décisions d'élaborer une enquête épidémiologique face à une problématique infectieuse.

Par la suite, il sera question de la prévention des maladies selon leur mode de transmission : par voie fécale-orale, par voies respiratoires, par le sang ou par les liquides organiques. Les maladies évitables par la vaccination feront aussi l'objet d'une section de ce chapitre. On devra se référer à ces recommandations générales lors de tout épisode infectieux, le but de l'intervention étant non seulement de juguler l'épidémie mais aussi de prévenir les récidives et de promouvoir l'hygiène à la garderie.

2.1 Les critères d'intervention

Lors de l'apparition d'une maladie infectieuse en garderie, la personne responsable du dossier au CLSC doit entreprendre une investigation si elle obtient une réponse affirmative à une des cinq questions énumérées ci-dessous.

A) S'agit-il d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) ?

Les maladies à déclaration obligatoire les plus susceptibles de survenir en milieu de garde sont :

- campylobactériose
- coqueluche
- diarrhée épidémique
- diphtérie

- entérite à *E. coli* pathogène
- giardiase
- hépatite virale A et B
- infections invasives à *Haemophilus influenzæ* type b
- infections à méningocoques
- méningites à entérovirus
- oreillons
- poliomyélite
- rougeole
- rubéole
- salmonellose
- scarlatine
- shigellose
- tuberculose
- toxi-infection alimentaire
- yersiniose.

B) L'infection a-t-elle une ampleur inhabituelle ?

L'ampleur est considérée comme inhabituelle lorsque le taux d'incidence d'une maladie rapportée dans une garderie, et pendant une période donnée, est supérieur au taux attendu.

Cette question s'applique principalement aux maladies qui ne sont pas à déclaration obligatoire ou qui ne sont pas généralement graves mais qui représentent un danger de propagation avec des conséquences sérieuses du point de vue de la santé publique. Par exemple, la présence d'un seul cas d'impétigo ou de varicelle est suffisante pour qu'une intervention soit envisagée, alors que l'on attendra trois cas ou plus de conjonctivite, pédiculose, moniliase, coxsackie, herpès type I, pharyngite, pour intervenir. Par ailleurs, même un nombre plus élevé de rhumes ne justifierait pas une intervention.

C) Une source commune de contagion est-elle suspectée ?

En général, si l'on suspecte une source commune à deux cas ou plus, cette raison est suffisante pour commencer une investigation. L'existence d'une source commune est suspectée quand les rapports présentés par des professionnels de la santé, des travailleurs de garderie ou des parents semblent associés en raison du temps, du lieu ou des personnes.

Un bon exemple est l'intoxication alimentaire suspectée chez les éducateurs et les enfants qui présentent des symptômes gastro-intestinaux presque simultanément. On pourrait ainsi mettre en évidence la

consommation d'un plat contaminé lors de la célébration d'une fête à la garderie.

D) La maladie infectieuse en question est-elle un problème important de santé ?

Certaines maladies présentent un problème particulier :

— en raison des caractéristiques du milieu de garde
Pour certains agents infectieux, il faut ajouter à leur pathogénicité les caractéristiques propres du milieu de garde qui favorisent la transmission de l'infection (exemple : infections entériques, infections respiratoires).

— en raison des particularités des enfants fréquentant le milieu de garde
La réceptivité aux infections ou l'apparition de complications peuvent être accrues lorsque les mécanismes de défense sont diminués par une maladie acquise ou congénitale, par une thérapie médicamenteuse (exemple : varicelle chez un enfant recevant des stéroïdes), par le statut vaccinal ou en raison de l'âge de l'enfant.

— en raison de l'impact sur la communauté
Une épidémie d'hépatite A ou de giardiase dans la communauté peut avoir pour point de départ une garderie.

E) Des moyens de prévention ou de contrôle permettent-ils d'enrayer cette infection ?

Les moyens de prévention et de contrôle varient en fonction du mode de transmission de la maladie, de l'agent infectant et de l'hôte. Il peut s'agir de procédures à respecter, de vaccin à recevoir ou de traitement prophylactique.

2.2 La prévention des maladies transmises par voie fécale-orale

Plusieurs maladies sont transmises par voie fécale-orale. Le milieu de la garderie est particulièrement propice à la propagation de ces maladies, à cause du manque d'hygiène bien naturel de sa clientèle. Cela est encore plus vrai pour les garderies qui accueillent des enfants portant encore des couches. La présence de ces enfants est d'ailleurs le facteur le plus significatif associé au taux élevé de diarrhée en garderie.

Il est établi que les enfants en garderie présentent une plus grande fréquence de maladie diarrhéique que les enfants gardés au foyer (on a

estimé que les premiers ont 30 % plus d'épisodes diarrhéiques que les deuxièmes). Dans la région de Montréal, l'entérite à *Giardia lamblia* est la cause la plus fréquente d'épidémies pour lesquelles les garderies consultent les CLSC ou les DSC. De plus, on a rencontré au moins une épidémie importante de shigellose en garderie au Québec et ce problème est très présent aux États-Unis.

Par ailleurs, il est bien établi qu'une bonne partie des cas d'hépatite A rencontrés dans la communauté sont en relation avec les garderies, car cette maladie est souvent asymptomatique chez les jeunes enfants qui transmettent le virus aux membres de leur famille.

Finalement, toutes les autres maladies à transmission fécale-orale, telles que les diarrhées d'origine virale, la salmonellose, l'entérobiase, le cryptosporidiose, le campylobactériose, etc. ont déjà été documentées en garderie. Les organismes qui ont été le plus souvent impliqués dans des épidémies de diarrhée en garderie sont rotavirus, *Giardia lamblia*, shigella, virus de l'hépatite A.

Toute procédure qui a pour effet de réduire la transmission fécale-orale peut diminuer la fréquence des infections entériques.

L'Office des services de garde à l'enfance, déjà sensibilisé à ce problème, a, d'une part, prévu dans son règlement certaines mesures visant à réduire les risques de transmission des maladies par voie fécale-orale (ex. : 1 toilette et 1 lavabo pour 15 enfants) et, d'autre part, rédigé à l'intention du personnel des services de garde un outil d'information et de sensibilisation sur la santé des enfants en milieu de garde. Il s'agit du guide ***Des enfants gardés... en santé***. On y recommande des procédures simples mais efficaces pour diminuer la transmission de ces infections.

Les mesures suivantes, appliquées par le personnel des DSC et des CLSC, pourront contribuer à modérer la transmission fécale-orale de maladies dans les garderies.

A) Aider le personnel, les parents et les responsables des services de garde à comprendre l'importance des normes et règlements de **l'Office des services de garde à l'enfance**, concernant la santé, l'hygiène, la prévention des infections, etc.

B) Encourager le personnel des garderies à mettre en application les mesures d'hygiène décrites dans ***Des enfants gardés... en santé***.

   a) **le lavage des mains**: cette mesure est de loin la plus importante; les mains sont les principales responsables de la transmission des infections. Donc, il importe de se laver les mains en arrivant à la

garderie, avant et après avoir manipulé des aliments, avant et après les changements de couches, après avoir été à la toilette ou avoir aidé un enfant à y aller, après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé, après avoir toussé, fumé ou touché un animal et chaque fois qu'on le juge nécessaire;

b) **une bonne technique de changement de couche**: le changement de couche est l'activité la plus susceptible de contaminer les enfants, le personnel et l'environnement (tableau 1). Un endroit doit être aménagé spécifiquement pour cette activité. Les contenants pour les couches souillées doivent avoir un couvercle et être placés loin des enfants et de la nourriture;

c) **l'hygiène corporelle**: les soins des organes génitaux et des fesses;

d) **la désinfection** de la pouponnière, des salles de jeux et des salles de toilette;

e) favoriser le regroupement des enfants par groupes d'âge et limiter la rotation du personnel d'un groupe à l'autre;

f) encourager le personnel des garderies à favoriser chez les enfants l'acquisition d'habitudes d'hygiène visant à diminuer la propagation des infections;

g) informer la garderie que les éducatrices et éducateurs travaillant auprès d'enfants aux couches ne doivent pas participer à la préparation des repas.

Tableau 1
Temps de survie de certains organismes entériques dans l'environnement

Agents	Durée de survie
Rotavirus	10 jours à quelques semaines
Hépatite A	2 semaines
Giardia (kyste)	Plusieurs mois
Cryptosporidium	2 à 6 mois

2.3 La prévention des maladies transmises par voies respiratoires

Plusieurs maladies sont transmises par voies respiratoires. Les plus fréquentes sont les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS), principales causes de consultation médicale pour une infection aiguë chez le jeune enfant. Certaines maladies plus sévères comme les infections invasives à *Hæmophilus influenzæ* de type b, la tuberculose, l'infection à méningocoque et à streptocoque sont aussi transmises par voies respiratoires.

Certaines études avancent que ces infections sont plus fréquentes en garderie qu'en milieu familial.

Ces infections peuvent être transmises par des porteurs asymptomatiques, par des personnes se trouvant dans la phase d'incubation ou de convalescence, ou par des personnes symptomatiques.

Les données sont limitées quant aux connaissances sur les modes de transmission. Cependant, les modes connus sont l'inhalation d'aérosols et de gouttelettes ainsi que le contact direct ou indirect avec des sécrétions contaminées. Certaines infections peuvent aussi être transmises par contact de l'agent infectieux avec la muqueuse conjonctivale.

Les virus respiratoires peuvent survivre dans l'environnement pendant des heures (voir **tableau 2**).

L'inoculum requis pour produire l'infection peut être petit, par exemple un seul rhinovirus peut suffire.

Dans ce contexte, il sera important de rappeler au personnel de la garderie d'appliquer les mesures d'hygiène pertinentes exposées dans le guide ***Des enfants gardés... en santé***, comme :

- se laver les mains fréquemment, particulièrement à la suite d'un contact avec des sécrétions ;
- désinfecter l'équipement ;
- utiliser des mouchoirs de papier et les jeter immédiatement après usage ;
- apprendre à l'enfant à se moucher.

Tableau 2
Temps de survie de certains virus respiratoires dans l'environnement

	Surfaces non poreuses	Surfaces poreuses			
Agent	**Comptoir**	**Gants de caoutchouc**	**Papier**	**Vêtements**	**Peau**
Virus respiratoire syncytial	6 h	1½ h	30-45 min	1-2 h	25 min
Virus influenza A et B	24-48 h		8-12 h	8-12 h	5 min

2.4 La prévention des maladies transmises par le sang ou par des liquides organiques

À ce jour, les maladies transmissibles par le sang n'ont pas causé d'épidémies en garderie. Toutefois, des précautions s'imposent. Le sang d'un individu infecté peut transmettre, entre autres, le virus de l'hépatite B (HBV) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), soit par transfusion ou par contact avec des plaies ouvertes ou les muqueuses.

Les autres liquides organiques (mucus, salive, urine, vomissures, fèces, etc.) peuvent aussi être contaminés par des virus ou bactéries. Il sont donc une source potentielle d'infection.

Étant donné qu'un enfant peut être atteint d'une infection sans pour autant présenter de symptômes, des précautions doivent être prises par le personnel et les autres enfants exposés à du sang ou à des liquides organiques lors d'accidents ou d'autres circonstances particulières.

Désinfection d'objets et de surfaces souillés

Il convient de nettoyer avec de l'eau savonneuse et de désinfecter avec une solution javellisée (une partie d'eau de Javel domestique (5,25 %) diluée dans neuf parties d'eau) tout objet ou toute surface visiblement souillé par du sang ou des liquides organiques (y compris les selles). Le personnel qui nettoie doit porter des gants à utilisation unique afin d'éviter que des plaies ouvertes ou des lésions des muqueuses viennent en contact avec la source de contamination. Pour le nettoyage, il est recommandé d'employer des matériaux à utilisation unique comme des « essuie-tout », et de placer tous les articles à utilisation unique souillés dans un sac de plastique fermé avec une attache, et que l'on met à la poubelle.

Les vêtements et la literie visiblement souillés par du sang ou des liquides organiques doivent être rincés à l'eau froide et ensuite lavés à la machine.

Administration des premiers soins

Une fois les premiers soins de base administrés, il faut, dès que possible, laver à l'eau chaude savonneuse toute trace de sang ou de liquides organiques. La personne qui administre les soins doit suivre toutes les recommandations données pour la manipulation et le nettoyage des objets et des surfaces souillés. Soulignons cependant que se laver soigneusement les mains est une précaution simple, efficace et fiable.

2.4 La prévention des maladies transmises par le sang ou par des liquides organiques

À ce jour, les maladies transmissibles par le sang n'ont pas causé d'épidémies en garderie. Toutefois, des précautions s'imposent. Le sang d'un individu infecté peut transmettre, entre autres, le virus de l'hépatite B (HBV) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), soit par transfusion ou par contact avec des plaies ouvertes ou les muqueuses.

Les autres liquides organiques (mucus, salive, urine, vomissures, fèces, etc.) peuvent aussi être contaminés par des virus ou bactéries. Il sont donc une source potentielle d'infection.

Étant donné qu'un enfant peut être atteint d'une infection sans pour autant présenter de symptômes, des précautions doivent être prises par le personnel et les autres enfants exposés à du sang ou à des liquides organiques lors d'accidents ou d'autres circonstances particulières.

Désinfection d'objets et de surfaces souillés

Il convient de nettoyer avec de l'eau savonneuse et de désinfecter avec une solution javellisée (une partie d'eau de Javel domestique (5,25 %) diluée dans neuf parties d'eau) tout objet ou toute surface visiblement souillé par du sang ou des liquides organiques (y compris les selles). Le personnel qui nettoie doit porter des gants à utilisation unique afin d'éviter que des plaies ouvertes ou des lésions des muqueuses viennent en contact avec la source de contamination. Pour le nettoyage, il est recommandé d'employer des matériaux à utilisation unique comme des « essuie-tout », et de placer tous les articles à utilisation unique souillés dans un sac de plastique fermé avec une attache, et que l'on met à la poubelle.

Les vêtements et la literie visiblement souillés par du sang ou des liquides organiques doivent être rincés à l'eau froide et ensuite lavés à la machine.

Administration des premiers soins

Une fois les premiers soins de base administrés, il faut, dès que possible, laver à l'eau chaude savonneuse toute trace de sang ou de liquides organiques. La personne qui administre les soins doit suivre toutes les recommandations données pour la manipulation et le nettoyage des objets et des surfaces souillés. Soulignons cependant que se laver soigneusement les mains est une précaution simple, efficace et fiable.

2.5 La prévention des maladies évitables par la vaccination

Plusieurs maladies maintenant évitables par la vaccination (diphtérie, rougeole, oreillons, poliomyélite et rubéole) ont été largement transmises lorsqu'il y avait regroupement d'enfants (ex. : école). Avec l'avènement des garderies, un nombre grandissant d'enfants se trouvent regroupés et ce, à un âge plus précoce. Grâce au taux d'immunisation élevé des enfants, il y a eu, jusqu'à présent, peu d'épidémies d'importance majeure dans ces milieux. Notons cependant que des cas de rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche ont été rapportés chez des enfants en garderie. Ces maladies sont très contagieuses et peuvent avoir des conséquences sérieuses (complications de la maladie, coûts et autres).

Pour leur propre protection et pour celle des personnes qui les entourent, tous les enfants et les membres du personnel doivent être immunisés contre certaines maladies. En ce qui concerne les enfants, on suggère, lors de l'inscription, de recueillir les informations sur leur état immunitaire et, s'il y a lieu, de procéder à une mise à jour. Lors de l'embauche du personnel, on suggère de vérifier l'état immunitaire du personnel et de recommander, au besoin, une mise à jour à l'aide d'un dépliant, par exemple. Il faudrait de plus informer les femmes en âge de procréer des risques associés à la rubéole.

— Pour l'enfant

Le calendrier régulier d'immunisation proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux est le suivant :

Vaccins	Âge recommandé
DCT — Sabin (VPO)	2 mois
DCT — Sabin (VPO)	4 mois
DCT	6 mois
Rougeole, rubéole, oreillons	12 mois
DCT — Sabin (VPO)	18 mois
DCT — Sabin (VPO)	4 à 6 ans
dt	14 à 16 ans et aux 10 ans

Le vaccin conjugué contre l'Haemophilus influenzae type b couplé à l'anatoxine diphtérique (PRP-D) est recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) à partir de l'âge de 18 mois alors que le vaccin à polysaccharide purifié non conjugué (PRP) l'est à partir de 24 mois.

— **Pour le personnel et les stagiaires**

Les membres du personnel devraient être protégés contre la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la poliomyélite.

Diphtérie et tétanos : le personnel doit avoir reçu ou recevoir une primo-vaccination suivie d'un rappel aux 10 ans.

Poliomyélite : le personnel doit avoir reçu ou recevoir une primo-vaccination.

Rougeole, rubéole, oreillons : les personnes non protégées contre une ou plusieurs de ces maladies devraient recevoir la vaccination.

On considère qu'une personne est protégée contre la rougeole si elle :
— est née avant 1957 ou
— a une preuve écrite d'immunisation ou
— a une attestation médicale certifiant une rougeole antérieure ou
— a des anticorps contre le virus de la rougeole.

On considère qu'une personne est protégée contre la rubéole si elle :
— a une preuve écrite d'immunisation ou
— a des anticorps contre le virus de la rubéole.

On considère qu'une personne est protégée contre les oreillons si elle :
— a une preuve écrite d'immunisation ou
— a une attestation médicale certifiant la maladie antérieurement ou
— a des anticorps contre le virus des oreillons.

— **Pour les femmes en âge de procréer**

Toute femme en âge de procréer fréquentant la garderie plus ou moins régulièrement (ex. : mère d'enfants, bénévoles...) doit savoir si elle est protégée ou non contre la rubéole (preuve de vaccination ou sérologie démontrant la présence d'anticorps). Dans ce dernier cas, elle devrait se faire vacciner. Un dépliant d'information sur la rubéole pourrait en outre lui être remis.

CHAPITRE 3

L'APPROCHE DES MALADIES INFECTIEUSES EN GARDERIE : RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

Cette section du guide traite, une à une, par ordre alphabétique, des infections connues en garderie. Certaines sont regroupées sous le nom de l'agent causal (pneumocoque, infection à...), d'autres sous le nom de la maladie (gastro-entérite, pneumonie). L'index devrait permettre à l'utilisateur de s'y retrouver facilement. À côté du nom d'une maladie, il est possible de trouver un ou plusieurs des symboles suivants :

maladie à déclaration obligatoire (MADO) ;

urgence pour intervenir ;

maladie très contagieuse.

Pour chacune des maladies, le guide présente une page d'information générale, suivie des interventions recommandées, et souvent d'un arbre décisionnel. Dans le cas où la maladie nécessite la collaboration du ou des parent(s), nous avons également inclu un modèle de lettre à leur intention et, au besoin, une page d'information sur la maladie.

Même s'il n'existe pas toujours de consensus autour des actions à poser lors de certaines maladies infectieuses, nous avons tenu à proposer pour chaque cas une ligne de conduite. Tenant compte de l'importance des besoins de garde des parents ayant des enfants en garderie et de la réalité des services de garde, les recommandations les plus libérales possibles, sans risque pour la santé publique, ont été retenues. Dans ce contexte, il faut prendre au sérieux une recommandation qui semble sévère, comme l'exclusion ou la cohorte, puisqu'elle n'est retenue que lorsqu'il n'y a pas d'autres choix. Ces recommandations sont faites pour les garderies et pourraient être différentes dans un autre contexte, scolaire ou familial.

Enfin, partout où il y a des recommandations pour une intervention touchant un grand nombre d'enfants (chimioprophylaxie, etc.), il est souhaitable qu'un médecin du réseau de la santé communautaire se rende à la garderie et prescrive les ordonnances nécessaires.

De plus, nous recommandons que la lettre adressée aux parents soit signée par le médecin ou l'infirmière responsable de l'enquête et remise par cette même personne aux parents.

Bronchiolite

Informations générales

Généralités :

Maladie virale aiguë des voies respiratoires inférieures survenant chez les enfants de moins de 2 ans, causée le plus souvent par le virus respiratoire syncytial (45-75 %), le virus para-influenza (14-32 %) ou, moins souvent, par l'adénovirus, le virus influenza et le rhinovirus.

Tableau clinique :

Débute habituellement comme une IVRS (toux, rhinorrhée, fièvre légère), suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieures survenant de façon assez aiguë et se présentant par une toux creuse, une augmentation de la fréquence respiratoire, une agitation puis, plus tard, par la tachypnée, les sibilances, la tachycardie, le tirage, le battement des ailes du nez.

Période d'incubation :

De 1 à 10 jours.

Période de contagiosité :

Un peu avant, pendant toute la durée de la maladie, et même pendant la convalescence.

Durée de la maladie :

La période aiguë dure de 3 à 7 jours et la guérison survient en 1 à 2 semaines.

Modes de transmission :

Le plus souvent par contact direct ou indirect avec des sécrétions nasopharyngées provenant d'une personne infectée ou avec des objets fraîchement souillés par ces sécrétions, et par inhalation de gouttelettes contaminées.

N.B. — Le virus respiratoire syncytial peut survivre jusqu'à 8 heures sur des objets inanimés.

Points à surveiller en garderie :

Il semble, selon certaines études, que l'incidence de l'infection soit plus élevée en garderie.

Réceptivité :

Générale. Cette maladie survient surtout pendant les 2 premières années de vie, plus fréquente chez les garçons que chez les filles (1,5 : 1). Maladie ayant un cycle saisonnier, elle se manifeste surtout l'hiver et au début du printemps.

Complications :

L'insuffisance respiratoire peut survenir surtout chez les enfants ayant une condition médicale sous-jacente, telle que maladie cardiaque et pulmonaire.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : diagnostic basé sur l'histoire et l'examen clinique et sur la présence d'autres cas dans la communauté.

— Exceptionnelles : culture ou méthode rapide d'immunodiagnostic. Plusieurs autres maladies peuvent donner un tableau clinique similaire : asthme, reflux gastrique, aspiration de corps étranger et autre.

Traitement :

— Spécifique :
  • Ribavarine chez certains patients hospitalisés.

— De support :
  • Bronchiolite minime : observation à la maison.
  • Bronchiolite modérée et sévère : hospitalisation, position semi-assise, oxygène humidifié, aspiration fréquente de sécrétions, hydratation, physiothérapie, intubation, etc.

Immunité :

— La maladie ne confère pas une immunité permanente. Les réinfections sont fréquentes avec le virus respiratoire syncytial et parainfluenza, mais elles sont habituellement moins sévères.

— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Identifier tous les contacts à risque, c'est-à-dire tous les enfants souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires sévères. Avertir les parents de ces enfants.

Mesures de contrôle :

Sujet :

L'enfant ne sera probablement pas à la garderie lorsque le diagnostic sera posé. La phase aiguë passée, l'enfant pourra retourner à la garderie.

Contacts :

Pour les contacts à risque, diriger vers le médecin dès l'apparition de symptômes.

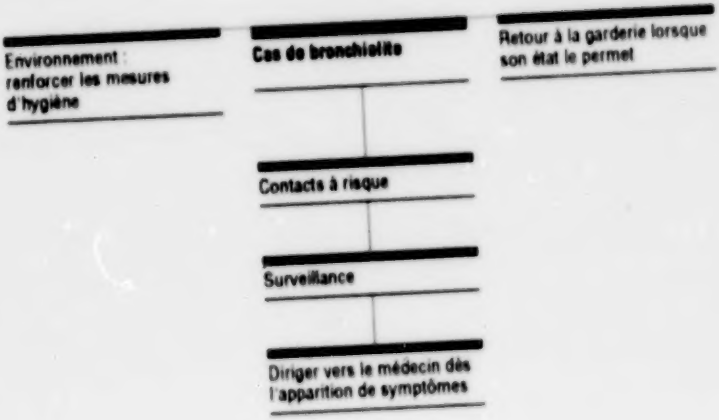
Environnement :

— Faire laver fréquemment les mains des enfants et du personnel ;
— Bien aérer et humidifier les pièces ;
— Désinfecter les jouets contaminés.

Suivi :

Aucun.

Arbre décisionnel



Campylobactériose

Informations générales

Généralités :

Le *Campylobacter jejuni* est la cause habituelle de la diarrhée à Campylobacter chez l'humain.

Tableau clinique :

Maladie entérique aiguë caractérisée par de la diarrhée, des douleurs abdominales, des malaises généraux, des nausées et des vomissements et de la fièvre. Il y a souvent présence microscopique ou macroscopique de sang dans les selles liquides nauséabondes.

Période d'incubation :

De 1 à 10 jours, habituellement de 3 à 5 jours.

Période de contagiosité :

Pendant toute la durée de l'infection (de quelques jours à quelques mois). Les individus non traités excrètent habituellement la bactérie pendant 2 à 7 semaines. L'état de porteur chronique est rare. Le traitement spécifique fait disparaître la bactérie des selles en 2 à 3 jours.

Durée de la maladie :

Habituellement de 1 à 4 jours, rarement plus de 10 jours. Des récidives peuvent survenir. Pour les personnes les plus malades et surtout chez les adultes, 20 % peuvent souffrir d'une maladie plus prolongée.

Modes de transmission :

Le plus souvent, par l'ingestion de microorganismes dans les aliments mal cuits, l'eau contaminée ou le lait cru. Par contact avec des animaux domestiques ou sauvages infectés, par contact avec des personnes infectées, surtout pour les enfants aux couches.

Points à surveiller en garderie :

Transmission favorisée par la présence d'enfants aux couches ou atteints de diarrhée.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Rares, un syndrome semblable à la typhoïde, des convulsions fébriles et des méningites.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : culture de selles.
N.B. — Inscrire sur la requête : « recherche de Campylobacter ».
— Exceptionnelles : examen direct sur les selles.

Traitement :

— Spécifique : érythromycine dans les cas sérieux ou prolongés et pour protéger les contacts lorsque nécessaire.
— De support : remplacement liquidien et électrolytique lorsque nécessaire.
N.B. — Ne pas utiliser d'antidiarrhéique.

Immunité :

Inconnue. Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visiter la garderie et vérifier s'il y a un nombre inhabituel de cas de diarrhée.
— Si un seul cas, voir Sujet.
— Considérer comme contacts les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
— Effectuer un prélèvement de selles pour les contacts symptomatiques de diarrhée à la garderie (**vérifier avec le laboratoire pour les modalités**).

— Effectuer une enquête alimentaire s'il y a présence d'un grand nombre de cas simultanément (*cf.* section sur les intoxications alimentaires).
— Vérifier la possibilité d'une source de contamination animale.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— Érythromycine x 10 jours, symptomatique ou non.
Exclusion jusqu'à la disparition de la diarrhée.
Contacts :
— Si symptomatiques, **exclusion jusqu'au résultat des cultures de selles ou jusqu'à disparition de la diarrhée** :
• si culture positive, voir Sujet ;
• si culture négative, voir Diarrhée épidémique.
— Si asymptomatiques, aucune intervention, surveillance.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfecter le matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Surveiller l'apparition de nouveaux cas de diarrhée jusqu'à 20 jours (deux périodes d'incubation) après le dernier cas d'infection à Campylobacter.
— Si possible, éviter d'admettre de nouveaux enfants à la garderie tant que l'épidémie persiste.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents
Campylobactériose

Lieu _____
Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement à la garderie une épidémie de Campylobacter. Cette maladie peut causer une diarrhée sévère avec des douleurs abdominales, des malaises généraux (nausées, vomissements) avec température et sang dans les selles.

Si votre enfant souffre de diarrhée, nous vous demandons de le garder à la maison et de nous soumettre un spécimen de ses selles aux fins d'analyse. Nous vous fournirons le matériel requis pour ces prélèvements et nous vous demandons de les apporter à _____.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____
Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Clostridium difficile (infection à)

Informations générales

Généralités :

Organisme dont la toxine est responsable de la colite pseudo-membraneuse.

Tableau clinique :

Caractérisé par des douleurs abdominales et de la diarrhée, suivies d'un état toxique accompagné de selles avec du sang, mucus et pus, le plus souvent chez un patient recevant des antibiotiques.

Période d'incubation :

Inconnue.

Période de contagiosité :

Tant que l'organisme est présent dans les selles.

Durée de la maladie :

Plusieurs semaines si non traitée.

Modes de transmission :

— Indirectement par les objets et les surfaces contaminées.
— Les porteurs sains de clostridium peuvent être une source importante de contagion. Jusqu'à 55 % des nouveau-nés et des jeunes enfants peuvent être porteurs mais seulement 4 % des individus de plus de 2 ans le sont.

Points à surveiller en garderie :

Les enfants de moins de 2 ans sont plus sujets à la « colonisation », mais l'infection est moins sévère que chez l'adulte.

Réceptivité :

Les facteurs de risque pour la maladie sont ceux qui augmentent l'exposition à l'organisme ou qui affectent la flore intestinale.

Complications :

Déshydratation, malnutrition, septicémie, décès.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : rectoscopie, recherche de la toxine dans les selles (lorsque la technique est disponible au laboratoire).
— Exceptionnelles : culture sur milieu sélectif.

Traitement :

— Spécifique : vancomycine, métronidazole.
— De support : arrêt des antibiotiques, cholestyramine (ne pas administrer simultanément avec la vancomycine).
N.B. — Antidiarrhéiques contre-indiqués.

Immunité :

Aucune.

Interventions

Enquête :

— Visiter la garderie et vérifier s'il y a un nombre inhabituel de cas de diarrhée.
— Si un seul cas, voir Sujet.
— Considérer comme contacts les enfants du même groupe. Faire recherche de toxine dans les selles chez tous les contacts symptomatiques (une fois). **Vérifier auprès du laboratoire pour les modalités.**
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Si symptomatique, exclusion jusqu'à disparition des symptômes. Peut ensuite réintégrer la garderie. Traitement à considérer si les symptômes sont très sévères.

Contacts :

— Si symptomatiques, **exclusion jusqu'au résultat de la recherche de toxine ou jusqu'à disparition de la diarrhée** :
  • si recherche positive, voir Sujet ;
  • si recherche négative, voir Diarrhée épidémique.
— Si asymptomatiques, aucune intervention, surveillance.

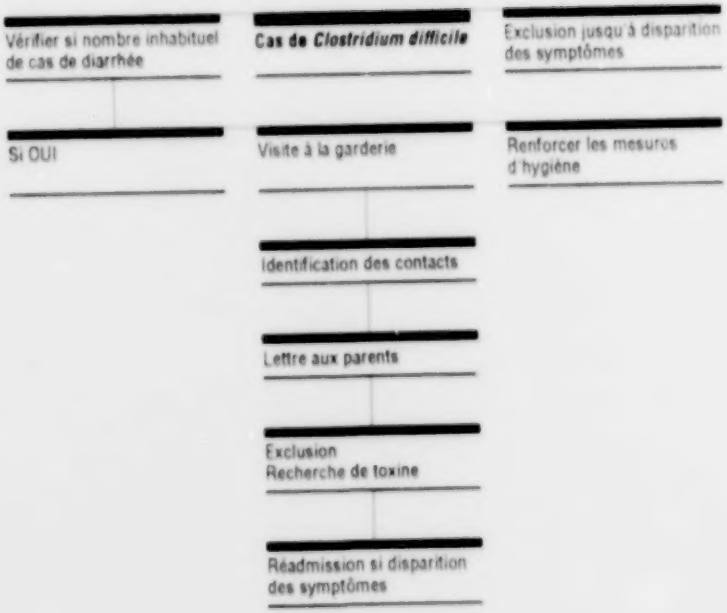
Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène générale et vérifier la technique de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

Si possible, éviter d'admettre de nouveaux enfants à la garderie tant que l'épidémie persiste.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Clostridium difficile

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement à la garderie une épidémie de diarrhée à *Clostridium difficile*. Votre enfant pourrait avoir été infecté.

S'il présente de la diarrhée, nous vous demandons de bien vouloir garder votre enfant à la maison et de nous faire parvenir un prélèvement de ses selles aux fins d'analyse. Nous vous fournirons le matériel requis pour ces prélèvements et nous vous demandons de les apporter à :

_____

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Conjonctivite

Informations générales

Généralités :

Infection de la conjonctive par un virus ou une bactérie. Les organismes les plus fréquemment en cause : Adénovirus, Coxsackie A24, Entérovirus 70, *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococcus aureus*, *Hæmophilus influenzæ*, *Streptococcus pneumoniæ*, *Neisseria gonorrhoeæ*. Elle peut aussi avoir une cause non infectieuse (allergique, chimique, traumatique).

Tableau clinique :

— Pus et rougeur de la conjonctive oculaire.
— La conjonctivite peut être accompagnée de pharyngite ou autres symptômes respiratoires.

Période d'incubation :

Variable selon l'agent.

Période de contagiosité :

Pendant les premiers jours de la maladie.

Durée de la maladie :

Variable selon l'agent.

Modes de transmission :

— Inoculation directe par les doigts, eau contaminée (piscine), linge souillé, instruments ophtalmologiques, sécrétions respiratoires.
— Tractus génital : conjonctivite du nouveau-né (*N. gonorrhoeæ*, *Chlamydia trachomatis*).

Points à surveiller en garderie :

Problèmes fréquents en garderie.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Variables selon l'agent. Endophtalmite.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : clinique.
Culture pour recherche d'un agent bactérien.
— Exceptionnelles : culture virale.

Traitement :

— Spécifique : antibiothérapie topique ou systémique si infection bactérienne.
— De support : nettoyage de l'œil. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Immunité :

Pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

— Vérifier si le nombre justifie une intervention (3 cas ou plus).
— Si oui, faire une culture des sécrétions pour identification de l'agent étiologique (ou les agents en cas d'infection mixte). Si plusieurs agents bactériens différents, envisager une étiologie virale. Pour culture virale, communiquer avec le laboratoire pour les modalités.
— Vérifier si la source de contamination ne serait pas reliée à l'eau contaminée d'une piscine.
— Considérer la possibilité d'abus sexuel s'il s'agit d'infection à *Neisseria gonorrhoeæ*.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Essuyer les yeux de l'enfant lorsque du pus est visible, disposer immédiatement du matériel souillé et se laver les mains. (Un mouchoir par enfant.)

— Bien se laver les mains avant et après l'application de la pommade ou de gouttes ophtalmiques.
— Suggérer une visite au médecin pour prescription d'onguent ophtalmique.

Contacts :

Bien s'assurer que les enfants ne partagent pas la même serviette ou débarbouillette.

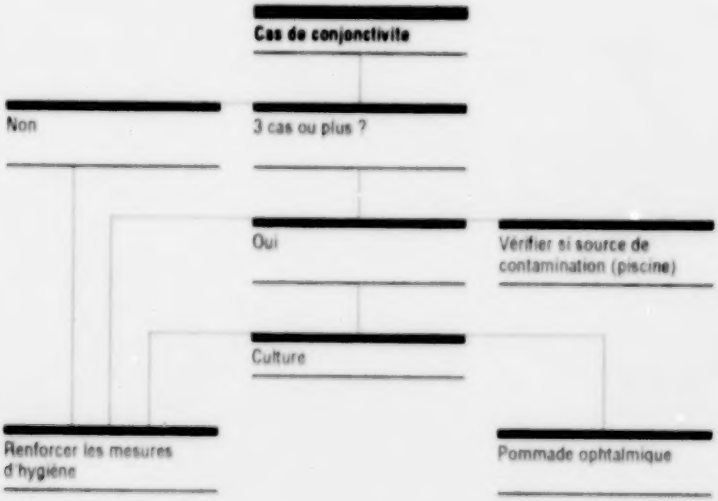
Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains.

Suivi :

Réévaluer les mesures d'hygiène de cette garderie, à intervalles réguliers.

Arbre décisionnel



Coqueluche

Informations générales

Généralités :

Maladie contagieuse caractérisée par des quintes de toux évoquant le chant du coq, causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis*.

Tableau clinique :

Évolue en 3 phases :

1) phase catarrhale : malaises, anorexie, rhinorrhée, larmoiement, toux ;
2) phase paroxystique : quintes de toux, souvent suivies de vomissements ;
3) phase de convalescence : résolution des symptômes.

Période d'incubation :

Habituellement de 7 à 10 jours, n'excédant pas 21 jours.

Période de contagiosité :

— Si traitée, jusqu'à 5 à 7 jours après le début du traitement.
— Si non traitée, jusqu'à 3 semaines après le début des quintes.
— Contagiosité maximale : en phase catarrhale.

Durée de la maladie :

De 1 à 2 mois.

Modes de transmission :

Par contact avec des gouttelettes présentes dans l'air, provenant du nez et de la gorge des personnes infectées.

Points à surveiller en garderie :

Plus de 75 % des cas déclarés surviennent chez les enfants d'âge préscolaire et un peu plus de 50 % chez les enfants de moins d'un an.

Réceptivité :

Toute personne non vaccinée et n'ayant pas déjà subi la maladie. La vaccination diminue la réceptivité.

Complications :

Elles sont plus sévères et plus fréquentes chez les nourrissons.

— Otite.
— Pneumonie, 20 % des cas.
— Hémorragies : pétéchies, épistaxis, hémorragies sous-conjonctivales.
— Complication neurologique, 2,5 % des cas.
— Décès de 0,7 % chez les enfants de moins d'un an.

Méthodes diagnostiques :

— Diagnostic présumé : examen clinique, lymphocytose.
— Pour confirmation : culture des sécrétions nasopharyngées sur milieu de culture spécial.

Traitement :

— Spécifique : érythromycine pendant 14 jours. Ce traitement diminue la durée de contagiosité mais ne change rien à l'évolution de la maladie, sauf si administré pendant la phase catarrhale.
— De support :
  • bien hydrater ;
  • support respiratoire.

Immunité :

La vaccination complète confère une immunité dans 80 % des cas. La maladie donne une immunité prolongée.

Interventions

Enquête :

— Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant, s'il y a lieu.
— Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant partagé le même local que le cas index durant la période de contagiosité.
— Vérifier le nombre de doses du vaccin anticoquelucheux reçu par les enfants de la garderie.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **Si traité, exclure jusqu'à 1 semaine après le début du traitement.**
— **Si non traité, exclure jusqu'à 3 semaines après le début des paroxysmes.**

Contacts :

— Pour tous les contacts (< 7 ans) : Estolate d'érythromycine x 14 jours (40 à 50 mg/kg/jour divisés en 4 doses). Certains auteurs réservent cette mesure pour les enfants incomplètement immunisés ou âgés de moins de 1 an. Pour pouvoir prévenir la maladie, l'antibiotique doit être donné dans les 14 jours qui suivent le contact.
— **Tous les contacts symptomatiques doivent être exclus jusqu'à évaluation par un médecin.**
— Pour tous les enfants de la garderie qui ont reçu au moins 4 doses de vaccin anticoquelucheux : dose de rappel avec vaccin DCT, à moins qu'une dose n'ait été donnée au cours des 3 années précédentes.
— Tous les enfants de la garderie non immunisés ou ayant reçu moins de 4 doses du vaccin doivent commencer ou poursuivre leur vaccination tel que recommandé au calendrier.
— Pour les enfants ayant reçu la 3e dose il y a plus de 6 mois, donner immédiatement la 4e dose.

Environnement :

Rien de particulier.

Suivi :

— S'assurer que les contacts réceptifs ont été immunisés.
— Vacciner ou faire vacciner, s'il y a lieu.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Coqueluche

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Un enfant fréquentant la garderie a souffert d'une coqueluche. Cette maladie est sérieuse et se manifeste par une toux persistante et incontrôlable qui survient par quintes et peut provoquer des vomissements. Elle débute comme un rhume banal. La maladie peut causer des complications graves surtout chez l'enfant de moins d'un an (neurologiques et pneumonie).

La vaccination prévient la coqueluche. Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés contre la coqueluche et ce, dès l'âge de 2 mois. Les enfants doivent recevoir 5 doses du vaccin combiné diphtérie-coqueluche-tétanos (DCT) aux âges suivants: 2 mois, 4 mois, 6 mois, 18 mois, 4-6 ans. Les enfants qui n'ont pas suivi cette démarche seront vaccinés selon un calendrier adapté.

À la suite d'un contact avec un cas de coqueluche en garderie, certains enfants devront recevoir une dose de DCT aussitôt que possible ou devront prendre un antibiotique. **Les enfants qui ne suivront pas ces indications pourraient être exclus de la garderie.**

- ☐ Votre enfant a été en contact étroit avec un cas de coqueluche et doit recevoir de l'érythromycine.
- ☐ D'après les données dont nous disposons, votre enfant est adéquatement vacciné et n'a pas besoin de dose supplémentaire.
- ☐ D'après les données dont nous disposons, votre enfant est adéquatement vacciné mais étant donné les circonstances, une dose de rappel immédiate est indiquée.
- ☐ Nous n'avons pas de données sur l'état vaccinal de votre enfant.
- ☐ La vaccination de votre enfant est incomplète, aussi nous vous demandons de nous contacter dans les plus brefs délais pour faire faire le relevé de la vaccination et compléter si nécessaire.

Suite à la prochaine page

(Suite) Si votre enfant développe un des symptômes mentionnés plus haut :

a) avisez la garderie
b) gardez-le à la maison
c) consultez votre médecin pour obtenir un diagnostic et, s'il y a lieu, un traitement

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Coxsackie (infection à)

Informations générales

Généralités :

La majorité des infections sont asymptomatiques. La manifestation clinique la plus fréquente est une maladie fébrile non spécifique, les autres manifestations sont : la pharyngite vésiculeuse entérovirale (herpangine), la stomatite vésiculeuse avec exanthème (syndrome pied-main-bouche), la pharyngite lymphonodulaire entérovirale, la myalgie épidémique, la cardite, la conjonctivite épidémique hémorragique, la méningite. Nous ne traiterons ici que des trois premières qui sont causées par des Coxsackies du groupe A.

Tableau clinique :

Pharyngite vésiculeuse : maladie à début soudain, se manifeste par fièvre, maux de gorge, lésions pharyngées papulovésiculaires sur les amygdales, le pilier antérieur, le palais mou, la luette.

Stomatite vésiculeuse avec exanthème : fièvre, lésions papulovésiculeuses de la bouche, de la paume des mains, des doigts, de la plante des pieds.

Pharyngite lymphonodulaire : lésions nodulaires sur base érythémateuse de la luette, du pilier antérieur des amygdales, du pharynx postérieur.

Période d'incubation :

De 3 à 5 jours.

Période de contagiosité :

Pendant la phase aiguë de la maladie et peut-être plus tard puisque le virus peut persister plusieurs semaines dans les selles.

Durée de la maladie :

En général moins de 10 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les sécrétions oropharyngées ou les selles de la personne infectée (symptomatique ou non). Par inhalation de gouttelettes contaminées.

Points à surveiller en garderie :

Des épidémies y sont possibles; les infections sont plus fréquentes l'été et l'automne.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Rares.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : sérologie, culture.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support : selon le Tableau clinique.

Immunité :

La maladie confère une immunité pour le type en cause. Il n'existe pas de vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— Pas d'exclusion. L'enfant peut réintégrer la garderie si son état de santé le permet. Respect strict des mesures d'hygiène en ce qui concerne les selles.

Contacts :

— Diriger les contacts symptomatiques vers leur médecin.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains (voir ***Les enfants gardés... en santé***).

Suivi :

S'assurer que la ventilation est adéquate et que l'espace disponible par enfant respecte les normes.

Cryptosporidiose

Informations générales

Généralités :

Infection intestinale à *Cryptosporidium*, un protozoaire coccidien.

Tableau clinique :

Diarrhée liquide ou mucoïde, parfois accompagnée de vomissements, d'anorexie et de douleurs abdominales. Peut être asymptomatique.

Période d'incubation :

Pas connue de façon précise. Probablement d'environ 10 jours.

Période de contagiosité :

Tant que la personne infectée excrète des oocytes de *Cryptosporidium*, ce qui peut persister pendant plusieurs semaines après la fin des symptômes.

Durée de la maladie :

Habituellement de 3 à 14 jours.

Modes de transmission :

- Par voie fécale-orale, indirectement par les mains ou les objets contaminés, et par des personnes ou des animaux infectés.
- Peu de choses sont connues sur la possibilité de contamination directe par l'eau ou les aliments.

Points à surveiller en garderie :

Cause d'épidémie de diarrhée de plus en plus rapportée dans les garderies.

Réceptivité :

Générale, mais plus importante chez les personnes immunodéprimées.

Complications :

Surtout chez les patients immunodéprimés : diarrhée persistante avec perte de poids.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : identification des oocystes dans les échantillons de selles. **Le laboratoire doit être averti car il s'agit d'une coloration spéciale. Vérifier avec le laboratoire pour les modalités.**

Traitement :

— Spécifique : aucun n'est reconnu efficace.
  La spiramycine a été utilisée dans certains cas.
— De support : réhydratation, si nécessaire.

Immunité :

— Inconnue.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visite à la garderie et enquête si nombre inhabituel de cas de diarrhée.
— Considérer comme contacts tous les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
— Recherche de *Cryptosporidium* dans un prélèvement de selles de tous les contacts symptomatiques (**vérifier auprès du laboratoire pour les modalités**).
— Vérifier si un animal ne pourrait pas être la source d'infection.
— Remettre une lettre explicative à tous les parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Si symptomatique, consultation médicale. S'il peut suivre les activités de la garderie, formation d'une cohorte avec les autres sujets positifs. **La formation de cohorte est la seule solution de rechange valable à l'exclusion chez les enfants de moins de 2 ans (aux couches).** Réintégration au groupe lorsque devenu asymptomatique.

— Si asymptomatique, mesures d'hygiène renforcées.

Contacts :

— Si symptomatiques, recherche de *Cryptosporidium*.
  • si recherche positive dans les selles, voir Sujet.
  • si recherche négative dans les selles, voir Diarrhée épidémique.
— Si asymptomatiques, aucune intervention, surveillance.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Le désinfectant de choix pour le *Cryptosporidium* est une solution d'ammoniaque à 5 %.

Suivi :

Le suivi peut être difficile en ce qui a trait à la présence de cette maladie en garderie. Il faut prendre les moyens pour être averti de l'apparition de nouveaux cas symptomatiques en garderie. Reprendre alors le processus d'enquête et le contrôle mentionnés plus haut.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Cryptosporidiose

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement, à la garderie, une épidémie de cryptosporidiose. Cette infection est causée par un parasite intestinal qui peut engendrer de la diarrhée et des douleurs abdominales accompagnées parfois de vomissements et de malaises généraux.

Votre enfant présente actuellement des symptômes de cette maladie. Nous vous demandons de bien vouloir nous soumettre un prélèvement de ses selles aux fins d'analyse.

Nous vous fournirons le matériel requis pour ce prélèvement et nous vous demandons de l'apporter à

_____ d'ici le _____

L'exclusion de votre enfant de la garderie n'est pas nécessaire. Cependant, s'il est porteur de ce parasite, nous le placerons avec des compagnons qui ont les mêmes symptômes que lui jusqu'à leur disparition.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone : (___) _____

Pièce jointe

Cytomégalovirus (infection à)

Informations générales

Généralités :

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus du groupe herpès, qui peut causer des infections congénitales ou des infections acquises après la naissance.

Tableau clinique :

— Infection congénitale : le plus souvent asymptomatique. Parfois surdité, retard mental, microcéphalie, hépatosplénomégalie, jaunisse, chorioretinite.
— Infection acquise : le plus souvent asymptomatique. Parfois syndrome qui ressemble à la mononucléose, hépatite, pneumonie.

Période d'incubation :

— Personne à personne : inconnue.
— Par transfusion : de 3 à 12 semaines.

Période de contagiosité :

— Plusieurs mois.
— Plusieurs années si infection congénitale.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

— Vertical : transplacentaire, intra et post-partum.
— Horizontal : personne à personne, transfusion de sang, transplantation d'organe, contact sexuel. Le CMV peut se trouver dans presque tous les liquides biologiques (urine, salive, sang, lait maternel, sécrétions génitales). 1 % des enfants excrète le virus à la naissance.

N.B. — Le virus peut survivre jusqu'à 8 heures sur les objets inanimés.

Points à surveiller en garderie :

La prévalence du CMV en garderie est bien documentée. Jusqu'à 70 % des enfants de 1 à 2 ans fréquentant les garderies peuvent excréter le virus. Selon les données actuellement disponibles le risque de transmission de l'infection au personnel de la garderie ne semble pas supérieur à celui de la population en général. L'enfant qui acquiert un CMV à la garderie le transmet très fréquemment à ses parents (surtout si âgé de moins de 18 mois).

Réceptivité :

Générale. Le CMV persiste à l'état latent après une infection primaire et une réactivation peut survenir plusieurs années plus tard, particulièrement chez les individus immunodéprimés. La primo-infection ou la réactivation du virus pendant la grossesse peut entraîner une infection congénitale. La plupart, mais non toutes les infections congénitales symptomatiques, sont le résultat d'une primo-infection.

Complications :

Selon le type d'infection, voir le Tableau clinique.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : recherche d'anticorps spécifiques, culture du virus.

Traitement :

— Spécifique : certains agents antiviraux sont en investigation.
— De support : selon le Tableau clinique.

Immunité :

La présence d'anticorps indique une infection antérieure. La naissance d'un enfant atteint congénitalement est possible même si l'on démontre la présence d'anticorps chez la mère, puisqu'une réactivation au cours de la grossesse est possible. Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Aucune.

Contacts :
Aucune.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi :

Au besoin, organiser une rencontre de groupe pour fournir les renseignements sur les particularités de l'infection chez les femmes enceintes et les individus immunodéprimés.

Diarrhée épidémique

Informations générales

Généralités :

Maladie survenant surtout sous forme épidémique, causée par différents agents, mais que l'on ne peut identifier dans bien des cas.

Tableau clinique :

— Dans les cas où aucun agent pathogène n'est identifié : maladie bénigne caractérisée par des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, des diarrhées, des myalgies, des céphalées et de l'hyperthermie légère.

— **Pour les agents spécifiques, voir section correspondante.**

Période d'incubation :

Variable selon l'agent.

Période de contagiosité :

Variable selon l'agent causal, lequel est généralement transmissible dans la phase aiguë.

Durée de la maladie :

Variable selon l'agent causal.

Modes de transmission :

Généralement par voie fécale-orale. Peu importe l'agent causal, la transmission est facilitée lorsque les selles sont liquides et fréquentes.

Points à surveiller en garderie :

Problème important de santé en garderie. Un agent pathogène peut être identifié dans 25 % des épidémies de diarrhée en garderie.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Selon l'agent causal.

Méthodes diagnostiques :

Prélèvement de selles pour culture, recherche de parasite ou de toxine, etc.

Traitement :

— Spécifique : selon l'agent causal.
— De support : remplacement hydro-électrolytique.

Immunité :

— De durée variable selon l'agent.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Faire une visite à la garderie après une déclaration de diarrhée épidémique (2 cas ou plus dans le groupe survenant à l'intérieur d'une période de 48 heures).
— Vérifier si une source commune de contagion est suspectée. Si oui, voir section sur les intoxications alimentaires.
— S'informer si des enfants de la garderie ont été hospitalisés pour diarrhée.
— Si oui, vérifier les résultats d'examens de selles de ces enfants.
— Si culture positive pour un agent spécifique, voir section correspondante.
— Sinon, considérer comme contacts les enfants d'un même groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée, faire une culture de selles chez les contacts symptomatiques. S'il s'agit d'un groupe de moins de 2 ans, en dehors de la période estivale, faire une recherche de rotavirus (si la technique est disponible). Si la culture est positive, pour un agent spécifique, voir section correspondante. Si la culture est négative et que l'épidémie persiste, rechercher,

dans l'ordre, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, toxine du *Clostridium difficile*, virus entériques, etc. S'il s'agit d'une épidémie survenant chez des nourrissons ou d'une épidémie de colite hémorragique, rechercher escherichia *E. coli* pathogène (voir section correspondante).

— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Exclusion :

— si trop malade pour suivre les activités de la garderie ;
— si la diarrhée est accompagnée de vomissements ou de fièvre ;
— si présence de mucus ou de sang dans les selles ;
— si la fréquence est élevée (5/jour) ;
— ou si la diarrhée persiste plus de 48 heures.

Il faut alors diriger l'enfant vers le médecin, pour investigation et traitement. S'informer du résultat de l'investigation au retour de l'enfant. Si identification d'un agent spécifique, voir section correspondante. Sinon, l'enfant peut réintégrer la garderie lorsque disparaissent la diarrhée et les autres symptômes.

Contacts :

— Si symptomatiques, voir Sujet.
— Si asymptomatiques, aucune intervention.

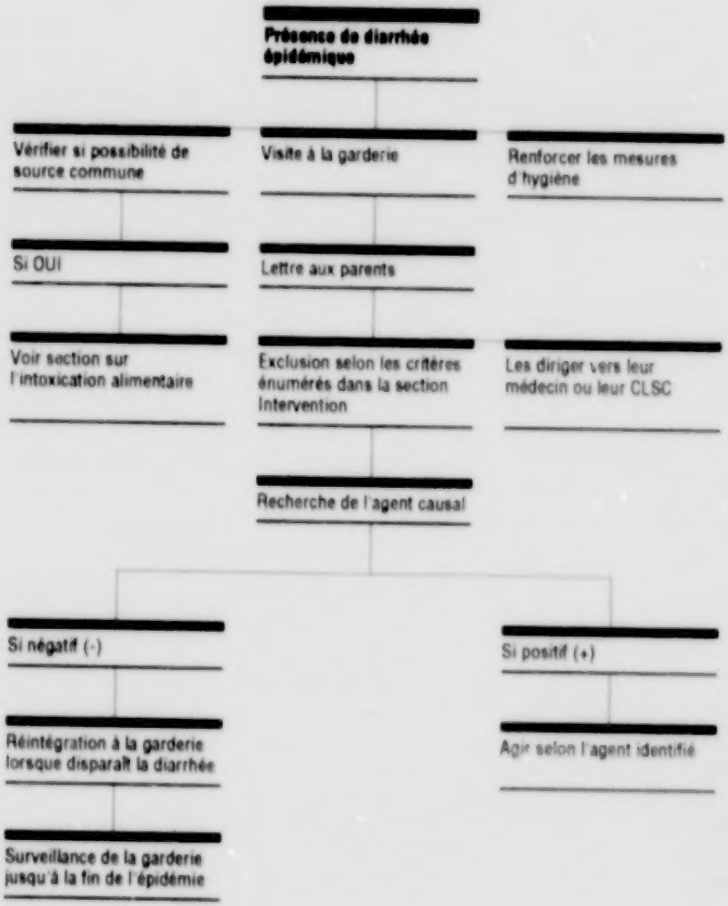
Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et réviser les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Se laver les mains et faire laver celles des enfants après avoir utilisé la toilette ou changé une couche et avant de manger ou de toucher des aliments ou des ustensiles.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Surveillance de la garderie jusqu'à la fin de l'épidémie.
— Si aucun agent spécifique n'a été identifié, on peut continuer à admettre de nouveaux clients à la garderie, mais informer les parents de la situation.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Diarrhée épidémique

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant souffre présentement de diarrhée, comme plusieurs autres enfants à la garderie. Pour identifier une cause possible d'épidémie, nous vous demandons d'effectuer ____ prélèvement(s) de ses selles. Nous vous fournissons le matériel pour effectuer ces prélèvements. Vous pourrez les retourner à _____

☐ Votre enfant est présentement trop malade pour fréquenter la garderie. Vous devez le garder à la maison jusqu'à ce que son état de santé lui permette de revenir à la garderie.

☐ Malgré sa légère maladie, votre enfant peut continuer, pour l'instant, à fréquenter la garderie. Nous vous aviserons des mesures supplémentaires à prendre selon les résultats des cultures de ses selles.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Diphtérie

Informations générales

Généralités :

Maladie bactérienne aiguë causée par la *Corynebacterium diphteriæ* et sa toxine.

Tableau clinique :

— Plus souvent asymptomatique.
— Si symptomatique : amygdalite, pharyngite, laryngite membraneuse et atteinte cutanée.

Période d'incubation :

De 2 à 5 jours.

Période de contagiosité :

— Si traitée : de 1 à 2 jours, jusqu'à 4 jours.
— Si non traitée, jusqu'à 4 semaines. Il existe des porteurs chroniques.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les sécrétions d'un malade ou d'un porteur.
Rarement par contact avec objets souillés par des sécrétions contaminées.

Points à surveiller en garderie :

Aucun.

Réceptivité :

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate.

Complications :

— Reliées aux effets tardifs de la toxine.
— Peut se manifester par une myocardite ou par une paralysie des nerfs crâniens et périphériques.
— Décès dans 5 à 10 % des cas.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : diagnostic clinique, **isolement de la bactérie et de la toxine par technique spéciale**.

Traitement :

— Spécifique : débuter sans attendre la confirmation bactériologique :
  • sérothérapie : antitoxine équine ;
  • antibiothérapie : pénicilline ou érythromycine.
— De support : hospitalisation nécessaire si symptomatique.

Immunité :

— La vaccination complète confère une bonne immunité.
— La maladie symptomatique ou non ne confère pas nécessairement une immunité persistante. Par conséquent, la vaccination doit être entreprise chez le malade en convalescence.

Interventions

Étant donné la gravité de la maladie et la complexité de l'intervention, il faut **aviser immédiatement le chef du DSC qui prendra les mesures appropriées**.

Échovirus (infection à)

Informations générales

Généralités :

La majorité des infections sont asymptomatiques.

Tableau clinique :

Selon l'organe atteint. Des tableaux cliniques particuliers ont été décrits : méningite et exanthème pétéchial (écho 9), nécrose hépatique néonatale fulminante (écho 11).

Si symptomatique, la manifestation clinique la plus fréquente est une maladie fébrile non spécifique. Les autres manifestations sont : rhume, pharyngite, diarrhée, hépatite, exanthème, méningite.

Période d'incubation :

De 3 à 6 jours.

Période de contagiosité :

Maximale pendant la phase aiguë de la maladie, mais le virus peut persister plusieurs semaines dans les selles.

Durée de la maladie :

En général, moins de 10 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les sécrétions oropharyngées ou avec les selles d'une personne infectée (symptomatique ou non).

Points à surveiller en garderie :

Des épidémies sont possibles. Les infections sont plus fréquentes l'été et l'automne.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Rares.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique et données épidémiologiques.
— Exceptionnelles : culture, sérologie.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support : selon le Tableau clinique.

Immunité :

— La maladie confère une immunité pour le type en cause.
— Il n'existe pas de vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Pas d'exclusion. L'enfant peut fréquenter la garderie si son état de santé le permet. Respect strict des mesures d'hygiène en ce qui concerne les selles.

Contacts :

Aucune intervention.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

S'assurer que la ventilation est adéquate et que l'espace disponible par enfant respecte les normes.

Érythème infectieux (5e maladie)

Informations générales

Généralités :

Maladie éruptive bénigne causée par un parvovirus (B19).

Tableau clinique :

Éruption en 3 étapes. Début au visage (joues très rouges), suivi quelques jours plus tard par une éruption maculopapulaire sur le tronc et les membres. Au cours des 3 semaines qui suivent, l'éruption peut être intermittente suivant l'exposition au soleil ou à la chaleur (ex. : bain). À noter que l'infection à parvovirus peut rarement causer des crises aplastiques.

Période d'incubation :

— De 4 à 14 jours.
— Habituellement de 12 à 14 jours.

Période de contagiosité :

La contagiosité est surtout présente avant l'éruption.

Durée de la maladie :

Jusqu'à 3 semaines ou plus.

Modes de transmission :

Probablement transmise par des sécrétions respiratoires.

Points à surveiller en garderie :

— 10 % des cas seulement surviennent avant l'âge de 5 ans.
— Survient surtout à l'âge scolaire.

Réceptivité :

Générale. Adultes et enfants.

Complications :

— Rares : athralgie, arthrite, atteinte du système nerveux central.
— Il est possible qu'une infection par le parvovirus (B19) pendant la grossesse ait des conséquences néfastes pour le fœtus.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : voir le Tableau clinique.
— Exceptionnelles : **sérologie disponible dans certains laboratoires**.

Traitement :

Aucun.

Immunité :

La maladie confère probablement une immunité permanente.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Pas d'exclusion.

Contacts :
— Aucune.
— Mais il peut être prudent pour une femme enceinte de ne pas travailler dans une garderie en présence de cas d'érythème infectieux. Diriger vers son médecin.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi :

Aucun.

Lettre aux parents

Érythème infectieux (5e maladie)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant a été en contact à la garderie avec une personne faisant un érythème infectieux, appelé aussi « 5e maladie ». Ceci est une maladie pour laquelle il n'existe aucun vaccin.

Chez l'enfant, la maladie se manifeste par une éruption en trois étapes. L'éruption débute au visage, suivie quelques jours plus tard par une éruption maculopapulaire sur le tronc et les membres. Au cours des trois semaines qui suivent, l'éruption peut être intermittente suivant l'exposition au soleil ou à la chaleur. L'enfant est surtout contagieux avant que l'éruption n'apparaisse. Les complications sont très rares. Aucun traitement n'est disponible. Le tout rentre dans l'ordre spontanément.

Si jamais, au cours des prochains jours, votre enfant développait une éruption, consultez votre médecin et apportez cette lettre avec vous. Il vous confirmera si oui ou non votre enfant souffre de cette maladie. Si c'est le cas, votre enfant peut continuer à fréquenter la garderie.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Escherichia coli (gastro-entérite à)

Informations générales

Généralités:

Différentes souches d'*Escherichia coli* peuvent causer des gastro-entérites: les *Escherichia coli* entéro-pathogène (ECEP), les *Escherichia coli* entérotoxigènes (ECET), les *Escherichia coli* entéro-invasifs (ECEI), et l'*Escherichia coli* O/157:H7 responsable des épidémies de colites hémorragiques.

Tableau clinique:

ECEP: diarrhée chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, souvent sous forme d'épidémie.

ECET: diarrhée limitée, de sévérité modérée. Principale cause de la diarrhée des voyageurs.

ECEI: fièvre, douleurs abdominales, diarrhée parfois sanguignolante et vomissements.

O157/H7 rectorragies avec douleurs abdominales, à la suite d'ingestion de viande contaminée et mal cuite.

Période d'incubation:

2 heures à 6 jours.

Période de contagiosité:

Tant que la bactérie persiste dans les selles. L'état de porteur sain est fréquent pour l'ECEP.

Durée de la maladie:

De 3 à 10 jours, varie selon la souche impliquée.

Modes de transmission:

— Dans les pouponnières (ECEP ou ECET), la transmission est fécale-orale, personnel à enfant ou enfant à enfant via les mains du personnel.

— Chez les enfants plus âgés et les adultes (ECET ou ECEI), surtout par les aliments ou l'eau contaminés.

Points à surveiller en garderie :

L'ECEP n'a été que rarement associé à des épidémies en garderie mais la possibilité existe chez les jeunes enfants. L'*E. coli* O/157:H7 peut aussi se transmettre en garderie.

Réceptivité :

Générale. Tous les types de diarrhée causés par l'*E. coli* sont maintenant rares en Amérique du Nord.

Complications :

— Déshydratation.
— Absence de gain de poids (nouveau-né).
— Syndrome hémolytique-urémique (O157:H7).

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles :
La plupart des laboratoires d'hôpitaux ne font pas, de routine, le sérotypage des *E. coli*, car cet exercice laborieux a peu d'utilité en dehors d'un contexte épidémique.

— Exceptionnelles :
Sur demande spéciale, les souches peuvent être envoyées à un laboratoire de référence pour sérotypage, recherche d'entérotoxine. **Typiquement, l'*E. coli* O/157:H7 a la particularité de ne pas fermenter le sorbitol.**

Traitement :

— Spécifique :
Pour l'ECEP, des antibiotiques non absorbables, tels que néomycine, colistin.
Pour les ECEI, antibiotiques absorbables ou par voie parentérale, tels que l'ampicilline.
L'emploi de triméthoprim-sulfaméthoxazole diminue la durée de la diarrhée du voyageur (ECET).

— De support :
Thérapie de remplacement hydro-électrolytique.

Immunité :

À la suite d'infection, des anticorps antitoxines sont produits, lesquels sont probablement protecteurs.

Interventions

Enquête :

— Téléphoner à la garderie dès la réception de la déclaration. S'il s'agit d'une garderie qui admet des nourrissons, s'il y a eu un cas de syndrome hémolytique ou s'il y a eu plusieurs cas symptomatiques, visiter la garderie.
— Vérifier si une source commune de contagion est suspectée. Si oui, enquête alimentaire (*cf.* section sur intoxication alimentaire).
— S'informer si des enfants de la garderie ont été hospitalisés pour diarrhée. Si oui, vérifier les résultats d'examens de selles de ces enfants.
— Considérer comme contacts les enfants du même groupe.
— Pour les cultures de selles, s'informer auprès du laboratoire pour les modalités.
— Remettre une lettre explicative aux parents, s'il y a lieu.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— L'enfant de plus de 13 mois peut revenir à la garderie dès la disparition de la diarrhée.
— **Si l'enfant a moins de 13 mois et que la culture de selles demeure positive, il doit être traité et placé dans une cohorte hermétique jusqu'à culture négative des selles** (2 cultures de selles à 24 heures d'intervalle, 72 à 96 heures après la fin du traitement). **Si une cohorte hermétique ne peut être organisée, cette section de la garderie (nourrissons) devra être fermée.**

Contacts :
— Si symptomatiques :
Exclure et rechercher l'*E. coli* pathogène.
— Si asymptomatiques :
• S'il s'agit d'un groupe de nourrissons, rechercher l'*E. coli* pathogène chez tous les enfants du même groupe. Si un des contacts est positif en culture, formation de cohorte telle que décrite plus haut (voir Sujet).
• Pour les autres groupes, surveiller l'apparition de symptômes.

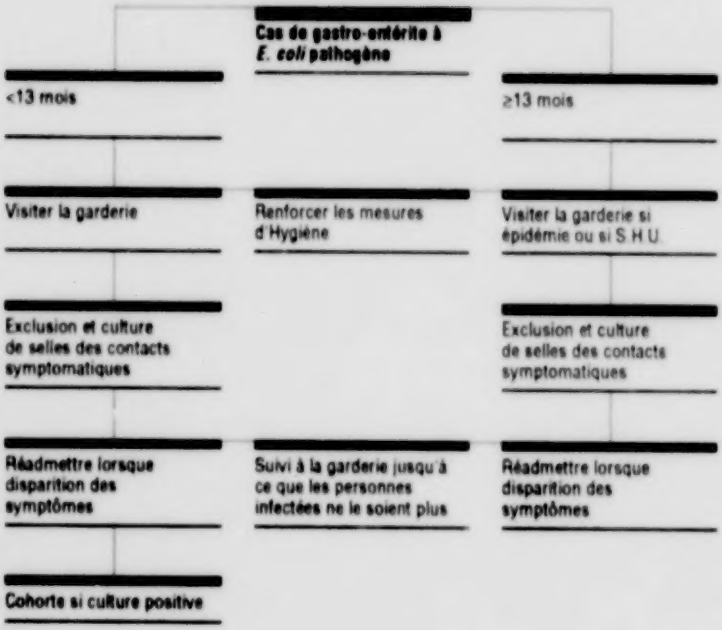
Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et réviser les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfection du matériel utilisé en garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne doivent pas préparer les aliments.

Suivi :

— Culture de selles pour recherche d'*E. coli* pathogène chez tout nouveau cas de diarrhée.
— Cultures de selles hebdomadaires à 24 heures d'intervalle pour les membres de la cohorte jusqu'à ce que 2 cultures consécutives soient négatives.
— En présence d'une épidémie difficilement contrôlable chez les nourrissons d'une garderie, l'administration prophylactique de néomycine ou de colistine à tous les nourrissons de la garderie devra être considérée.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Escherichia coli (gastro-entérite à)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Présentement, il y a à la garderie une épidémie de gastro-entérite à *Escherichia coli*. Cette maladie est causée par une bactérie et elle peut causer des douleurs abdominales, de la diarrhée, de la fièvre et parfois du sang dans les selles.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches à cause de la non-acquisition d'habitudes d'hygiène à cet âge et de l'habitude de porter les objets à leur bouche.

Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et à administrer des antibiotiques.

☐ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous envoyer un prélèvement de ses selles pour fins d'analyse. Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

☐ Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et veuillez contacter :

_____

Nous vous informerons ultérieurement des autres démarches, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Gale

Informations générales

Généralités :

Infestation parasitaire causée par le *Sarcoptes scabiei*.

Tableau clinique :

— Vésicules ou papules ou fins sillons surtout aux espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets, aux coudes, aux cuisses, aux aines et aux plis axillaires.
— Prurit intense surtout la nuit, qui peut persister plusieurs semaines même après un traitement efficace.

Période d'incubation :

— Si primoinfestation : 2 à 6 semaines.
— Si réinfestation : 1 à 4 jours.

Période de contagiosité :

Jusqu'à ce que le traitement détruise les parasites et les œufs.

Durée de la maladie :

Tant que le traitement n'a pas détruit les parasites et leurs œufs.

Modes de transmission :

— Le plus souvent directement par contact étroit avec une personne infestée.
— Rarement par contact indirect avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Des épidémies peuvent survenir en garderie.

Gale

Informations générales

Généralités :

Infestation parasitaire causée par le *Sarcoptes scabiei*.

Tableau clinique :

— Vésicules ou papules ou fins sillons surtout aux espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets, aux coudes, aux cuisses, aux aines et aux plis axillaires.
— Prurit intense surtout la nuit, qui peut persister plusieurs semaines même après un traitement efficace.

Période d'incubation :

— Si primoinfestation : 2 à 6 semaines.
— Si réinfestation : 1 à 4 jours.

Période de contagiosité :

Jusqu'à ce que le traitement détruise les parasites et les œufs.

Durée de la maladie :

Tant que le traitement n'a pas détruit les parasites et leurs œufs.

Modes de transmission :

— Le plus souvent directement par contact étroit avec une personne infestée.
— Rarement par contact indirect avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Des épidémies peuvent survenir en garderie.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Infections secondaires par suite de grattage.
— Maladie plus sévère chez les immunodéprimés.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : identification du parasite au microscope.

Traitement :

— Spécifique :
  • Pour les 0 à 2 ans et les femmes enceintes, on recommande un produit à base de crotamiton (Eurax[MD]) ; à répéter après 7 jours.
  • Pour les plus de 2 ans, on recommande un produit à base de lindane (Kwellada[MD]). Le plus souvent, un seul traitement est suffisant.
  • **Dans les deux cas, il est très important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant. Ne jamais appliquer de lotion sur le visage.**
— De support :
  • Application d'une lotion huileuse ou d'une huile après le traitement car celui-ci assèche la peau.
  • Antihistaminique si prurit important

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

— S'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin.
— Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant eu un contact cutané avec le sujet.
— Remettre aux parents de tous les enfants de la garderie une lettre explicative.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Exclure de la garderie jusqu'à l'application d'un traitement adéquat.

Contacts :
— Surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers un médecin, s'il y a lieu.
— Traiter les contacts familiaux (symptomatiques ou non).

N.B. — Les contacts doivent être traités simultanément.

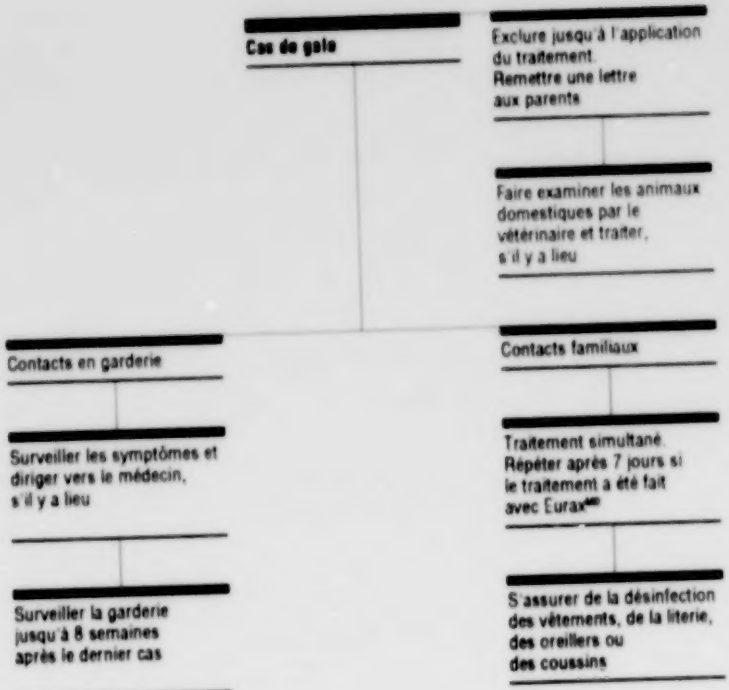
Environnement :

— S'assurer que les vêtements en contact direct avec la peau et la literie ayant servi dans les 4 jours précédant le traitement, tant à la maison qu'à la garderie, soient lavés à l'eau très chaude. Les vêtements qui ne peuvent être lavés pourront être nettoyés à sec, ou déposés dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 4 jours. Pour les coussins, les oreillers, vaporiser un insecticide à base de lindane (Kwellada[MD]). Le parasite ne survit pas plus de 3-4 jours sans contact avec la peau.
— Étant donné que les animaux domestiques peuvent véhiculer les œufs des parasites, on recommande de les faire examiner par un vétérinaire et de traiter, s'il y a lieu.

Suivi :

Il est important de surveiller la garderie jusqu'à 8 semaines après le dernier cas.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents des enfants qui fréquentent la garderie

Gale

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie des enfants atteints de gale.

Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant ou un membre de la famille se plaint de démangeaisons, surtout la nuit, ou présente des lésions de grattage ou si vous notez des petits sillons ou des petites bosses sur la peau, consulter un médecin le plus tôt possible.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Lettre aux parents du sujet

Gale

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant souffre malheureusement de gale.

Nous vous demandons de procéder à un traitement afin d'éliminer la maladie et de stopper les risques de contamination.

Vous trouverez ci-joint des renseignements et conseils pratiques ainsi que la procédure du traitement.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Gale
Renseignements et conseils pratiques

Qu'est-ce que la gale ?

La gale est une infestation cutanée causée par un parasite. Le parasite pénètre la couche superficielle de la peau en se creusant un tunnel pour y déposer ses œufs et ses excréments. Il avance un peu à chaque jour et ce, pendant des semaines. Le tunnel laisse un petit sillon visible qui se retrouve surtout entre les doigts, aux poignets, aux coudes, aux cuisses, aux aines. La gale n'atteint habituellement pas le cuir chevelu ni le visage, sauf chez le nourrisson.

Comment se manifeste-t-elle ?

Elle se manifeste par :

— des démangeaisons, surtout la nuit ;
— de petites bosses, des vésicules, des petites bulles, des sillons, des lésions de grattage ;
— elle peut se manifester de plusieurs jours à plusieurs semaines après le contact.

Comment se transmet-elle ?

Par contact direct étroit (peau à peau) avec une personne infestée. Rarement par contact avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Traitement :

Tous les membres de la famille doivent appliquer la lotion simultanément (qu'ils présentent des symptômes ou non).

Il est très important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant.

Ne jamais appliquer la lotion médicamenteuse sur le visage.

Appliquer une lotion huileuse après le traitement car celui-ci assèche la peau.

Très important :

Pour les enfants de 0 à 2 ans et les femmes enceintes, on recommande d'utiliser un produit à base de crotamiton (Eurax[MD]). Répéter le traitement après 7 jours.

Pour les autres, on recommande un produit à base de lindane (Kwellada[MD]). Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement, sauf si de nouvelles lésions apparaissent.

Environnement :

Au même moment que le traitement, il faut laver, à l'eau très chaude, les vêtements et la literie (tant à la maison qu'à la garderie) qui ont servi dans les derniers 4 jours précédant le traitement.

Pour les vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau très chaude, les faire nettoyer à sec ou, sinon, les déposer dans un sac de plastique et le fermer hermétiquement pendant 4 jours.

Pour les coussins et les oreillers, vaporiser un insecticide à base de lindane (Kwellada[MD]).

Les animaux domestiques peuvent transporter des œufs dans leur poil. Les faire examiner par le vétérinaire et traiter, s'il y a lieu.

Très important :

Les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines même après un traitement efficace.

Gale
Renseignements et conseils pratiques

Qu'est-ce que la gale ?

La gale est une infestation cutanée causée par un parasite. Le parasite pénètre la couche superficielle de la peau en se creusant un tunnel pour y déposer ses œufs et ses excréments. Il avance un peu à chaque jour et ce, pendant des semaines. Le tunnel laisse un petit sillon visible qui se retrouve surtout entre les doigts, aux poignets, aux coudes, aux cuisses, aux aines. La gale n'atteint habituellement pas le cuir chevelu ni le visage, sauf chez le nourrisson.

Comment se manifeste-t-elle ?

Elle se manifeste par :

— des démangeaisons, surtout la nuit ;
— de petites bosses, des vésicules, des petites bulles, des sillons, des lésions de grattage ;
— elle peut se manifester de plusieurs jours à plusieurs semaines après le contact.

Comment se transmet-elle ?

Par contact direct étroit (peau à peau) avec une personne infestée. Rarement par contact avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Traitement :

Tous les membres de la famille doivent appliquer la lotion simultanément (qu'ils présentent des symptômes ou non).

Il est très important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant.

Ne jamais appliquer la lotion médicamenteuse sur le visage.

Appliquer une lotion huileuse après le traitement car celui-ci assèche la peau.

Très important :

Pour les enfants de 0 à 2 ans et les femmes enceintes, on recommande d'utiliser un produit à base de crotamiton (Eurax[MD]). Répéter le traitement après 7 jours.

Pour les autres, on recommande un produit à base de lindane (Kwellada[MD]). Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement, sauf si de nouvelles lésions apparaissent.

Environnement :

Au même moment que le traitement, il faut laver, à l'eau très chaude, les vêtements et la literie (tant à la maison qu'à la garderie) qui ont servi dans les derniers 4 jours précédant le traitement.

Pour les vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau très chaude, les faire nettoyer à sec ou, sinon, les déposer dans un sac de plastique et le fermer hermétiquement pendant 4 jours.

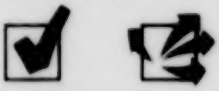
Pour les coussins et les oreillers, vaporiser un insecticide à base de lindane (Kwellada[MD]).

Les animaux domestiques peuvent transporter des œufs dans leur poil. Les faire examiner par le vétérinaire et traiter, s'il y a lieu.

Très important :

Les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines même après un traitement efficace.

Gastro-entérite à rotavirus



Informations générales

Généralités :

Maladie habituellement sporadique, causée par une particule virale de 70 nm (rotavirus), survenant presque exclusivement chez les enfants de moins de 3 ans.

Tableau clinique :

Diarrhée et vomissements sévères avec fièvre de faible intensité.

Période d'incubation :

24 à 72 heures.

Période de contagiosité :

Tant que le virus est excrété dans les selles, soit habituellement jusqu'au huitième jour après le début de la maladie.

Durée de la maladie :

Habituellement moins d'une semaine.

Modes de transmission :

Probablement par voie fécale-orale et possiblement par voies respiratoires.

N.B. — Le rotavirus peut survivre jusqu'à plusieurs semaines sur les objets inanimés.

Points à surveiller en garderie :

— Maladie survenant presque exclusivement chez les enfants aux couches.
— Les 6-24 mois comptent pour 50 % des maladies diarrhéiques nécessitant une hospitalisation.
— Survient surtout durant les mois d'hiver.

Réceptivité :

Générale jusqu'à l'âge de 3 ans. Après cet âge, presque tous les individus possèdent des anticorps contre le rotavirus.

Complications :

Déshydratation sévère chez les jeunes enfants, pouvant nécessiter l'hospitalisation.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : diagnostic basé sur le tableau clinique et par exclusion.
— Exceptionnelles : technique d'immunodiagnostic ou microscopie électronique.

Traitement :

— Spécifique : **aucun, les antidiarrhéiques ne sont pas indiqués.**
— De support : thérapie de remplacement hydro-électrolytique. Les solutions orales sont habituellement suffisantes. Dans les cas très sévères, on doit utiliser la thérapie parentérale.

Immunité :

— Permanente après la maladie.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Téléphoner à la garderie à la réception de la déclaration. Si cas isolé, on ne va pas plus loin.
— Si plusieurs cas symptomatiques, visite à la garderie.
— Si d'autres enfants ont été hospitalisés, s'informer du résultat des cultures de selles.
— Si technique disponible, recherche de rotavirus chez les contacts symptomatiques du même groupe (1 fois).
— Remettre une lettre explicative aux parents, s'il y a lieu.

Mesures de contrôle :

Sujet :
L'enfant peut revenir à la garderie si disparition de la diarrhée.

Contacts :

— Si symptomatiques, diriger vers le médecin.
— Si asymptomatiques, aucune intervention.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et réviser les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— S'il y a présence de plusieurs cas, surveiller la garderie jusqu'à ce qu'ils soient tous redevenus asymptomatiques.
— On peut continuer à admettre de nouveaux clients à la garderie mais informer les parents de la situation.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Gastro-entérite à rotavirus

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement à la garderie une épidémie de gastro-entérite à rotavirus. Cette maladie, plus fréquente chez les enfants de moins de 3 ans, peut causer de la diarrhée et des vomissements sévères avec fièvre légère.

☐ Votre enfant ne présente pas de symptôme. S'il présentait une diarrhée accompagnée de vomissements dans les prochains jours, nous vous conseillons de consulter votre médecin et d'apporter cette lettre.

☐ Votre enfant souffre présentement d'un de ces symptômes. Nous vous recommandons de faire évaluer son état de santé actuel par votre médecin avant de le ramener à la garderie.

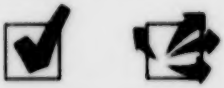
Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Giardiase



Informations générales

Généralités :

Infection intestinale à *Giardia lamblia*, protozoaire, affectant surtout la partie haute de l'intestin (duodénum et jéjunum). Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte.

Tableau clinique :

Souvent asymptomatique. Peut être associée à une grande variété de symptômes : diarrhée souvent intermittente, stéatorrhée, crampes abdominales, ballonnement abdominal, selles fréquentes, pâles, graisseuses et malodorantes, de la fatigue et de la perte de poids. La forme responsable des symptômes est le trophozoïte.

Période d'incubation :

De 1 à 4 semaines, en moyenne 2 semaines.

Période de contagiosité :

La période de contagiosité s'étend sur toute la période de l'infection, c'est-à-dire tant que les kystes (forme infectieuse) sont excrétés dans les selles d'un individu.

Durée de la maladie :

Peut durer plusieurs mois si non traitée.

Modes de transmission :

Mode fécal-oral :

— par contact direct main-bouche après contact avec les selles d'une personne porteuse ;
— par de l'eau contaminée, par des animaux ;
— par contact avec des objets contaminés ;
— rarement par l'ingestion d'aliments contaminés par les selles.

N.B. — L'inoculum requis pour causer la maladie est aussi petit que 10 kystes et ceux-ci peuvent survivre plusieurs mois dans l'environnement.

Points à surveiller en garderie :

— 20 % à 50 % des infections en garderie sont asymptomatiques.
— Le mode de transmission le plus fréquent en garderie est par contact direct ou par contamination fécale de l'équipement, des jouets, des aliments ou des breuvages.
— Le groupe des « trottineurs » est le plus à risque.
— Les enfants et adultes porteurs sains peuvent contribuer à la propagation de l'infection.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles.
— Dommages aux cellules du duodénum et du jéjunum.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : identification de kystes ou de trophozoïtes dans les selles.
— Exceptionnelles : par identification de trophozoïtes par aspiration du liquide duodénal ou par biopsie jéjunale.

Traitement :

— Spécifique : quinacrine ou métronidazole.
— De support : aucun.

Immunité :

— Inconnue.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visite à la garderie dès les premiers cas.

— Investigation de l'approvisionnement d'eau si celui-ci est douteux (collaboration du ministère de l'Environnement).

— Considérer comme contacts les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe chez qui l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée, de même que les membres du personnel s'occupant de ces groupes.

— Recherche de *Giardia* (1 fois) dans les selles de tous les contacts symptomatiques au moment de l'enquête ou qui l'ont été au cours des deux dernières semaines. **S'informer auprès du laboratoire pour les modalités.**

— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Traitement approprié même si le sujet est redevenu asymptomatique.

— Pas d'exclusion si le traitement approprié est en cours.

Contacts :

Si épidémie de *Giardia* confirmée, traitement de tous les contacts symptomatiques (ou qui l'ont été au cours des deux semaines précédentes) des groupes où un porteur de *Giardia* a été identifié.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier les techniques du changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Après la première intervention, il faut surveiller l'apparition de nouveaux cas symptomatiques. Si de nouveaux cas surviennent dans les 8 semaines qui ont suivi la première intervention, il faut alors prélever des selles pour recherche de *Giardia* chez tous les contacts. Traiter tous les contacts positifs, afin de diminuer le nombre de porteurs. Sont alors considérés comme contacts tous les enfants et membres du personnel de la garderie ainsi que les contacts familiaux des enfants identifiés comme positifs.

— Si possible, deux semaines après le traitement, vérifier l'efficacité par une recherche de *Giardia lamblia* dans les selles. Si encore positif, répéter le traitement.

N.B. — La recherche de parasites dans les selles ne permet pas toujours d'identifier les porteurs.

— Ce sont les porteurs qui excrètent la forme infectieuse du parasite (kyste).

— L'enfant peut demeurer porteur malgré le traitement.

— L'enfant le plus susceptible de contaminer l'environnement et ses compagnons est le porteur de kystes qui présente des selles liquides, peu importe la cause.

— L'infection semble bien tolérée par les enfants.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents n° 1

Giardiase

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement des cas de giardiase à la garderie. Cette maladie est causée par un parasite intestinal.

Vous trouverez ci-joint les informations sur cette maladie.

Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie.

Nous vous demandons donc de fournir un échantillon de ses selles pour fins d'analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni. Veuillez retourner les prélèvements de selles à _____.

Nous vous aviserons des résultats et des mesures à prendre, si nécessaire.

Pour plus d'information sur la maladie, lire les renseignements et conseils pratiques ci-joints.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres bien nettes)

Signature _____

Téléphone (___) _____

Pièce jointe

Lettre aux parents n° 2

Giardiase

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement des cas de giardiase à la garderie. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Nous avons déjà fait une intervention chez les personnes symptomatiques et malgré cela, l'épidémie de giardiase continue. Ceci peut être dû au fait que certaines personnes porteuses du *Giardia lamblia* sont asymptomatiques, mais contribuent à véhiculer la maladie.

En conséquence, nous vous demandons de fournir un prélèvement de selles de votre enfant pour fins d'analyse, qu'il soit symptomatique ou pas. Le matériel nécessaire vous est fourni.

Veuillez retourner le prélèvement à _____

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Giardiase
Renseignements et conseils pratiques

Qu'est-ce que la giardiase ?

La giardiase est une infection des intestins causée par un parasite appelé *Giardia lamblia*. La maladie peut se manifester, entre autres, par des selles fréquentes, pâles, graisseuses ou malodorantes, des crampes abdominales, du ballonnement abdominal. La maladie peut durer plusieurs mois si non traitée.

Comment se transmet-elle ?

Le parasite se transmet par contact avec les selles d'une personne infectée, par exemple par un jouet contaminé qu'un enfant porte à sa bouche.

Comment la prévenir ?

Par des mesures d'hygiène habituelles mais essentielles comme :

— le lavage des mains :
- après avoir changé un enfant de couche ;
- après avoir aidé un enfant à aller à la toilette ;
- avant de manipuler des aliments ;
- avant de manger ;

— la désinfection des objets contaminés :
- on doit toujours laver avant de désinfecter ;
- le lavage doit se faire avec de l'eau chaude additionnée d'un détergent ;
- la désinfection doit se faire avec une solution d'eau de Javel domestique (5,25 %) diluée 1:10 dans l'eau (1 partie d'eau de Javel et 9 parties d'eau).

Cas de giardiase à la maison

S'il y a un cas de giardiase dans votre famille, tous les membres de la famille présentant des symptômes de la maladie devraient subir une analyse des selles pour rechercher le parasite et être traités si les résultats sont positifs.

Cas de giardiase à la garderie

La personne malade peut revenir à la garderie dès qu'un traitement adéquat est en cours. Tous les enfants et le personnel de la garderie qui présentent les symptômes devraient se soumettre à une analyse des selles pour rechercher le parasite et être traités si les résultats sont positifs.

Hæmophilus influenzæ type b (infections systémiques)

Informations générales

Généralités :

Hæmophilus influenzæ type b est une bactérie habituellement invasive qui peut avoir des manifestations variées. Nous nous limiterons aux infections systémiques.

Tableau clinique :

Méningite, épiglottite, cellulite, septicémie, arthrite aiguë suppurée, ostéomyélite, péricardite et pneumonie.

Période d'incubation :

Probablement moins de 10 jours (2 à 4 jours pour la méningite).

Période de contagiosité :

— Probablement aussi longtemps que l'organisme est présent dans le tractus respiratoire.
— Même le traitement parentéral n'élimine pas nécessairement l'état du porteur.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les gouttelettes provenant du tractus respiratoire des personnes infectées ou porteuses.

Points à surveiller en garderie :

Le risque de contracter l'infection s'accroit chez les enfants en garderie. La proportion de porteurs sains peut être plus élevée en garderie que dans la population générale.

Réceptivité :

Rare chez l'adulte, l'infection atteint surtout les jeunes enfants, de 3 mois à 3 ans, sauf pour l'épiglottite qui survient surtout chez les 2-4 ans. Le risque s'accroît chez les enfants en garderie, les enfants immunodéprimés et ceux ayant une asplénie fonctionnelle ou anatomique.

Complications :

— Si méningite, décès dans 5 % des cas et séquelles neurologiques dans 20 % à 45 % des cas.
— Tous les autres types d'atteinte peuvent être fatals si non traités.

Méthodes diagnostiques :

— Souvent le diagnostic présumé sera basé sur l'histoire et l'examen.
— Le diagnostic confirmé est basé sur des études microbiologiques (gram, culture, détection d'antigène).

Traitement :

— Spécifique :
  • Curatif : antibiothérapie par voie parentérale instituée rapidement et sans attendre la confirmation bactériologique.
  • Prophylactique : rifampicine.
— De support :
  • Varie selon le type d'atteinte.
  • L'intubation est de règle lors de l'épiglottite.

Immunité :

— La maladie confère une immunité qui varie en fonction de l'âge. La majorité des enfants atteints avant l'âge de 18 mois ne développent pas d'anticorps.
— Le vaccin à polysaccharide non conjugué (PRP) confère une immunité qui varie en fonction de l'âge. À la suite de ce vaccin, 75 % des 18 à 23 mois et 90 % des 24 à 35 mois développent des anticorps protecteurs. Ce vaccin n'est pas recommandé chez les moins de 18 mois car la réponse immunitaire est faible. Actuellement, il existe un nouveau vaccin conjugué couplé à l'anatoxine diphtérique (PRP-D) qui peut être administré aux enfants dès l'âge de 18 mois.

Interventions

Enquête :

— Considérer comme contacts tous les membres de la famille, tous les enfants et le personnel de la garderie.

— Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants qui fréquentent la garderie et profiter de l'occasion pour recommander le vaccin.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Peut réintégrer la garderie dès que son état de santé le permet. À noter que même **le traitement par voie parentérale d'une infection invasive à** *Hæmophilus influenzæ* de type b **n'élimine pas nécessairement l'état de porteur**. En conséquence, lorsqu'une prophylaxie est recommandée à la maison ou à la garderie, le ou les sujets doivent aussi recevoir de la rifampicine.

Contacts :

— Surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers un médecin tout enfant qui développe une maladie fébrile. Lettre explicative aux parents.

— Si 2 cas surviennent à l'intérieur d'une période de 60 jours : prophylaxie à la rifampicine chez tous les enfants vaccinés ou pas et chez le personnel. **Ceux qui refusent la prophylaxie doivent être exclus de la garderie pour une durée de 60 jours.** Certains auteurs recommandent la prophylaxie dès le premier cas dans les garderies où le nombre d'enfants est restreint et qui reçoivent des enfants de moins de 2 ans.

— Dans la famille, s'il existe un contact de < 4 ans n'ayant pas été vacciné ou ayant reçu le vaccin avant l'âge recommandé ou il y a < 3 semaines : prophylaxie à la rifampicine chez tous les contacts familiaux, enfants et adultes vaccinés ou pas.

Si prophylaxie à la rifampicine :

— Doit être commencée le plus tôt possible (84 % des cas secondaires dans la famille surviennent dans les 14 premiers jours).

— Doit être administrée à tous, simultanément, pour éliminer la présence de l'*Hæmophilus influenzæ* type b à la garderie. L'efficacité de la prophylaxie en dépend. Elle doit donc inclure à la fois les

enfants et le personnel. Le ou les sujets doivent aussi recevoir la rifampicine.

— Posologie : 20 mg/kg die (max. : 600 mg) x 4 jours. La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien.

— Ne pas administrer à une femme enceinte.

— **Aviser la personne des effets secondaires possibles** : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas ; décoloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples, diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux.

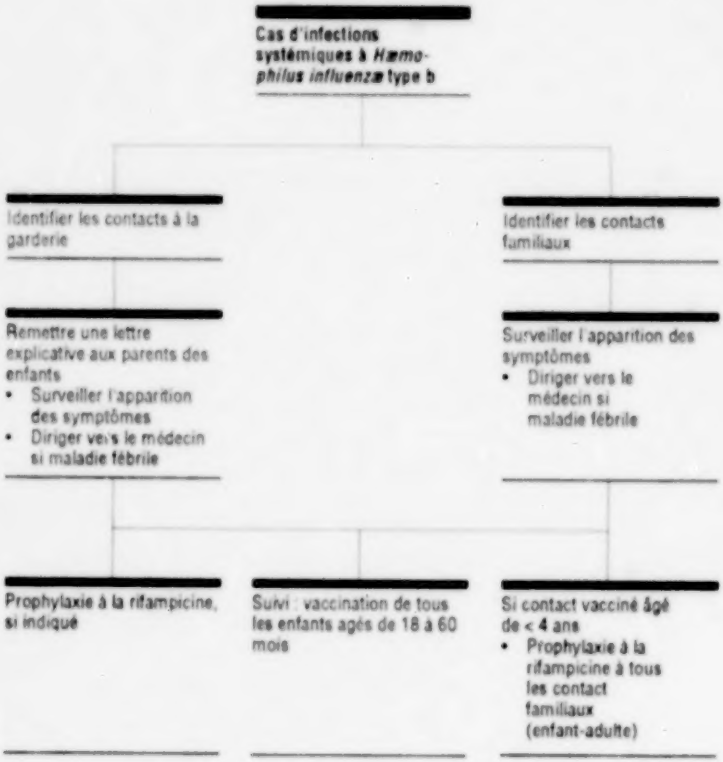
— Les intervenants du DSC ou CLSC doivent s'assurer que le sujet et tous les contacts reçoivent la rifampicine à la dose recommandée. Idéalement, un médecin sur place devrait rencontrer les parents et rédiger les prescriptions.

Suivi :

— Vaccination avec le vaccin PRP-D de tous les enfants âgés de 18 à 60 mois. Les enfants qui ont déjà reçu le vaccin non conjugué n'ont pas besoin d'une dose de rappel de vaccin PRP-D, à moins que le vaccin leur ait été administré avant l'âge de 24 mois.

— Si le sujet est âgé de moins de 24 mois lors de la maladie, il devra être vacciné après l'âge de 24 mois. Les recommandations ci-dessus sont valables pour la vaccin à polysaccharide capsulaire purifié non conjugué, le seul disponible actuellement.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Hæmophilus influenzæ type b (infections systémiques)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

☐ Un enfant fréquentant la garderie a une infection à *Hæmophilus influenzæ* type b.

☐ Deux enfants fréquentant la garderie ont une infection à *Hæmophilus influenzæ* type b.

Nous voudrions vous transmettre certaines informations sur cette maladie.

Qu'est ce qu'une infection à *Hæmophilus influenzæ* de type b ?

L'*Hæmophilus influenzæ* de type b est une bactérie qui peut se retrouver au niveau du nez et de la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Cependant, il peut causer les infections suivantes :

— méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ;
— cellulite (inflammation des tissus cutanés) ;
— pneumonie (infection des poumons) ;
— arthrite (inflammation des articulations) ;
— épiglottite (inflammation de l'épiglotte).

La méningite est la manifestation la plus fréquente.

Qui développe l'infection ?

Les enfants âgés de 3 ans et moins sont les plus souvent atteints. L'infection est rencontrée plus fréquemment en garderie.

Comment ces infections se manifestent-elles ?

Méningite : somnolence, fièvre, nuque raide, vomissements, irritabilité, fatigue, perte d'appétit.

Cellulite : lésion cutanée, bleuâtre, surélevée sur une joue ou autour de l'œil (gonflement apparaît rapidement), fièvre.

(suite à la prochaine page)

Suite

(Suite) Pneumonie : fièvre, toux, douleurs à la poitrine.

Arthrite : rougeur, douleur, chaleur, gonflement au niveau d'une articulation.

Épiglottite : fièvre, difficulté à avaler la salive, fatigue, respiration rapide et difficile.

Comment ces infections se traitent-elles ?

Les antibiotiques sont efficaces pour traiter ces infections.

Existe-t-il un vaccin pour prévenir ces infections ?

Oui, il existe un vaccin efficace qui est recommandé pour les enfants de 18 à 60 mois.

Un traitement préventif est recommandé lorsque 2 cas d'infection surviennent à la garderie. Nous recommandons que tous les enfants et le personnel reçoivent un antibiotique, la rifampicine le plus tôt possible.

Le traitement à la rifampicine peut s'accompagner d'effets secondaires bénins (symptômes digestifs, décoloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes, diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux).

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Pièce jointe

N.B. — Si votre enfant présente de la fièvre ou des symptômes habituels de la maladie (dans les 60 jours qui suivent cette lettre), consultez votre médecin le plus tôt possible et informez-le de la présence de l'infection à la garderie.

Hépatite A

Informations générales

Généralités :

Infection virale causée par le virus de l'hépatite A (HAV).

Tableau clinique :

Début habituellement abrupt avec fièvre, malaises généraux, anorexie, nausées et inconfort abdominal, suivi après quelques jours d'ictère. En général, la sévérité augmente avec l'âge.

Période d'incubation :

De 15 à 50 jours, en moyenne 30 jours.

Période de contagiosité :

Deux semaines avant et jusqu'à une semaine après l'apparition de l'ictère. En l'absence d'ictère, contagieux avant et pendant la période d'augmentation maximale des transaminases.

Durée de la maladie :

Le plus souvent, la maladie dure de 1 à 2 semaines. Cependant, elle peut parfois être plus grave et se prolonger plusieurs mois.

Modes de transmission :

— Par voie fécale-orale ou génitale;

— Par ingestion d'eau ou de nourriture contaminée, surtout le lait, les viandes tranchées, la salade, les moules ou les huîtres mal cuites.

N.B. — Le virus peut survivre sur les objets inanimés pendant deux semaines.

Points à surveiller en garderie :

— L'hépatite A, dans la population en général, est souvent reliée aux garderies.

— La transmission en garderie survient surtout par contact direct entre les enfants.
— Les enfants sont le plus souvent asymptomatiques ou présentent une maladie peu sévère et anictérique.
— Les épidémies d'hépatite A surviennent presque exclusivement dans des garderies admettant des enfants de moins de 2 ans.
— Le plus souvent, on rencontre les cas cliniques chez les membres du personnel ou chez les parents des enfants.

Réceptivité :

Toutes les personnes n'ayant jamais subi l'hépatite A.

Complications :

— Rarement hépatite fulminante avec insuffisance hépatique.
— Décès dans moins de 0,1 % des cas.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : diagnostic présumé basé sur le tableau clinique confirmé par la recherche sérologique d'IgM spécifiques.

Traitement :

— Spécifique :
  • Pas de traitement curatif.
  • Traitement prophylactique : immunoglobulines humaines (IG 0,02 ml/kg IM), efficace si administré dans les deux semaines suivant l'exposition.
— De support : repos.

Immunité :

— La maladie confère une immunité permanente.
— Aucun vaccin disponible.
— Immunité passive conférée pour quelques semaines par l'administration d'immunoglobulines humaines.

Interventions

Enquête :

— L'enquête sera déclenchée le plus souvent par la déclaration d'un cas d'hépatite A chez un adulte, contact d'un enfant fréquentant la

garderie.

— Procéder à la recherche d'IgM chez l'enfant en contact avec le cas déclaré. Si positif ou déclaration d'un cas chez un enfant ou employé de la garderie : visite à la garderie.

— L'intervention peut être effectuée sans attendre la confirmation sérologique (IgM), et en se basant sur un diagnostic épidémiologique. Vérifier s'il n'y aurait pas plusieurs cas simultanés reliés à l'alimentation. Dans ce cas, enquête alimentaire (cf. section sur intoxication alimentaire).

— Remettre une lettre explicative aux parents.

— Identifier les contacts :

1) Si la garderie n'admet pas d'enfants aux couches, sont considérés comme contacts les enfants et les membres du personnel du même groupe que le sujet et les membres de sa famille.

2) Si la garderie admet des enfants aux couches :

a) si un cas à la garderie ou 2 cas chez 2 familles différentes dont les enfants vont à la garderie, considérer comme contacts tous les enfants et membres du personnel de la garderie et les membres de la famille du cas ;

b) si plusieurs cas à la garderie ou si plus de 2 familles des enfants avec des cas, sont considérés comme contacts les mêmes personnes qu'en a), plus tous les membres des familles des enfants de moins de 4 ans fréquentant la garderie ;

c) de plus, est considéré comme contact tout nouvel enfant ou tout nouveau membre du personnel à la garderie pendant les 6 semaines suivant l'apparition du dernier cas.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Exclusion de la garderie jusqu'à une semaine apres l'apparition de symptômes.

Contacts :

— Administration d'IG 0,02 ml/kg IM à toutes les personnes identifiées comme contacts lors de l'enquête. L'administration doit se faire dans les 2 semaines suivant le contact pour les garderies n'admettant pas d'enfants aux couches et dans les 6 semaines pour les garderies admettant ces enfants.

— Si apparition d'ictère ou autres symptômes suggestifs d'hépatite, diriger vers son médecin traitant et voir Sujet.

— Envisager l'exclusion de la garderie de tous les contacts réceptifs qui n'accepteraient pas les immunoglobulines.

N.B. — Lorsqu'on utilise des IG, chez les enfants, toujours penser à reporter de 3 mois une vaccination par RRO qui aurait été prévue.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et réviser les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

— Désinfection du matériel de la garderie, incluant les jouets, tous les jours jusqu'à la fin de l'épidémie.

Suivi :

Garderie sans enfants aux couches :

— Surveiller la garderie et les familles des enfants la fréquentant pour au moins 6 semaines après l'apparition du dernier cas. Faire une visite à la garderie après cette période pour renforcer à nouveau l'hygiène.

Garderie avec enfants aux couches :

— Appliquer les mesures décrites ci-haut. De plus, il est recommandé d'administrer une injection de IG à tous les nouveaux arrivants (personnel et enfants) durant la période de surveillance.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents n° 1

Hépatite A

Garderie sans enfants aux couches

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Un enfant de la garderie souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie peut causer des malaises généraux et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Pour plus d'information sur la maladie, consultez les renseignements et conseils pratiques ci-joints.

☐ Pour prévenir la maladie chez votre enfant, une injection d'immunoglobuline est recommandée. Cette dose vous sera offerte lorsque vous viendrez le chercher à la garderie à la fin de la journée. **Si vous n'acceptez pas ce traitement préventif, votre enfant devra être exclu de la garderie pour une période de six semaines.**

☐ Votre enfant n'étant pas dans le même groupe que le cas diagnostiqué d'hépatite A, il n'est pas jugé nécessaire qu'il reçoive, à ce stade-ci, un traitement préventif à l'immunoglobuline.

Si votre enfant, vous-même ou un membre de la famille souffrait de jaunisse au cours des prochaines semaines, nous vous demanderons de consulter un médecin et d'aviser immédiatement la garderie.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Lettre aux parents n° 2

Hépatite A

Garderie avec enfants aux couches

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement des cas d'hépatite A reliés à la garderie. Cette maladie peut causer des malaises généraux et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Vous trouverez ci-joint quelques renseignements et conseils pratiques au sujet de cette maladie.

☐ Pour prévenir la maladie chez votre enfant, une **injection d'immunoglobuline** est recommandée. Cette dose vous sera offerte lorsque vous viendrez le chercher à la garderie à la fin de la journée. **Si vous n'acceptez pas ce traitement préventif, votre enfant devra être exclu de la garderie pour une période de six semaines.**

☐ Puisque l'épidémie actuelle est assez importante, nous vous conseillons, à vous et aux membres de votre famille, de vous faire administrer une **dose d'immunoglobuline. Cette recommandation ne concerne que les familles ayant des enfants de moins de 4 ans.** À ce sujet, vous pouvez contacter _____

Si votre enfant, vous-même ou un membre de votre famille souffrait de jaunisse au cours des prochaines semaines, nous vous demandons de consulter un médecin et d'en aviser immédiatement la garderie.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Lettre aux parents n° 3

Hépatite A

Lieu _____

Date _____

Chers(s) parent(s),

Votre enfant souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie virale peut être très contagieuse pour les enfants et les adultes en contact avec votre enfant.

Pour cette raison, nous vous demandons de garder votre enfant à la maison jusqu'au _____. Par la suite, il pourra réintégrer la garderie. Par ailleurs, pour votre protection personnelle, nous vous recommandons, à vous et aux membres de votre famille, de recevoir un traitement préventif, soit une injection d'immunoglobuline sérique humaine.

Pour plus d'information sur les caractéristiques de la maladie et sa prévention, nous vous suggérons de lire les renseignements et conseils pratiques ci-joints.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Hépatite A
Renseignements et conseils pratiques

Qu'est-ce que l'hépatite A?

L'hépatite A est une infection causée par un virus qui s'attaque au foie. La plupart des jeunes enfants n'ont pas de symptômes et la maladie est bénigne.

Comment se manifeste-t-elle?

— Premiers symptômes : La maladie se manifeste soudainement par de la fièvre, des malaises généraux, de la fatigue, une perte d'appétit, des nausées et vomissements, de l'inconfort abdominal.

— Après quelques jours : jaunisse, urine foncée et selles pâles (pas toujours présent). Ce symptôme est plus fréquent chez les adultes.

Comment se transmet-elle?

Le virus est présent dans les selles de la personne malade et peut contaminer directement ou indirectement l'eau, les aliments et les objets manipulés (des jouets, par exemple).

Les selles de la personne malade peuvent contenir le virus deux à trois semaines avant le début de la maladie et jusqu'à une semaine après l'apparition de la jaunisse.

Comment la prévenir?

L'administration d'immunoglobulines humaines est un moyen efficace.

La prévention repose aussi sur des bonnes mesures d'hygiène telles que :

— le lavage des mains :
- après avoir changé un enfant de couche ;
- après avoir aidé un enfant à aller à la toilette ;
- avant de manipuler des aliments ;
- avant de manger.

— la désinfection des objets contaminés :
- on doit toujours laver avant de désinfecter ;
- le lavage doit se faire avec de l'eau chaude additionnée d'un détergent ;
- la désinfection doit se faire avec une solution de chlore diluée dans l'eau, soit une once d'eau de Javel d'usage domestique 6 % par gallon d'eau, ou 10 ml par litre d'eau.

Hépatite B

Informations générales

Généralités :

Infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (HBV).

Tableau clinique :

— Ictère (souvent absent chez les enfants), anorexie, fièvre, malaises généraux, nausées, arthralgie, éruption.

Période d'incubation :

Entre 50 et 180 jours, en moyenne 90 jours.

Période de contagiosité :

Tant que le malade est porteur de l'antigène HBsAg. Habituellement, l'antigène disparaît après une période de 2 mois, mais un certain pourcentage de malades devient porteur chronique après avoir été infecté.

Durée de la maladie :

Habituellement quelques semaines.

Modes de transmission :

La transmission se fait par l'introduction percutanée de sang (transfusions, plaies ouvertes contaminées par des sécrétions contenant HbsAg, aiguille contaminée) ou par l'exposition des muqueuses au sang, à la salive et aux sécrétions génitales. Des données expérimentales indiquent que la transmission ne survient pas par voie fécale-orale.

Points à surveiller en garderie :

En Amérique, la transmission du virus de l'hépatite B en garderie n'a pas été décrite dans la littérature.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Acrodermatite papulaire.
— Hépatite fulminante pouvant causer le décès dans moins de 1 % des cas).
— État de porteur chronique pouvant entraîner une maladie hépatique chronique ou un hépatome (5 %-10 %).

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : tableau clinique, tests hépatiques, recherche d'antigènes dans le sang (HBsAg, HBeAg), recherche d'anticorps (anti-HBs, anti-HBc, anti-HBe).

Traitement :

— Spécifique : pas de traitement curatif. Traitement prophylactique : immunoglobuline hyperimmune (HBIG), et vaccin.
— De support : selon l'état clinique.

Immunité :

— L'immunité conférée par la maladie est permanente.
— La vaccination confère une immunité durable dans 95 % des cas.
— L'injection d'immunoglobulines hyperimmunes immédiatement après la contamination peut prévenir l'infection.

Interventions

Enquête :

Vérifier si l'enfant présente une condition favorisant la transmission du virus (exemple : comportement agressif avec morsures).

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **En général, pas d'exclusion.**
— Si comportement agressif (danger de morsures) ou si présence de plaies qui ne peuvent être recouvertes par un pansement, exclusion tant que l'enfant est positif pour l'antigène de surface de l'hépatite B. Dans le cas du sujet agressif et porteur chronique de HBsAg, la vaccination des contacts qui pourraient être exposés est une solution de rechange à l'exclusion du sujet. Faire en sorte que les objets que

l'enfant porte à sa bouche ne soient pas partagés avec d'autres enfants (brosse à dents, ustensiles, jouets).

Contacts :

S'il y a eu morsure ou contamination d'une plaie ouverte ou d'une muqueuse par le sang ou la salive d'un individu infecté, une prophylaxie est indiquée avec des immunoglobulines hyperimmunes (HBIG).

Environnement :

— S'assurer que les procédures recommandées pour la disposition du matériel souillé par le sang sont suivies, entre autres le nettoyage des surfaces contaminées.

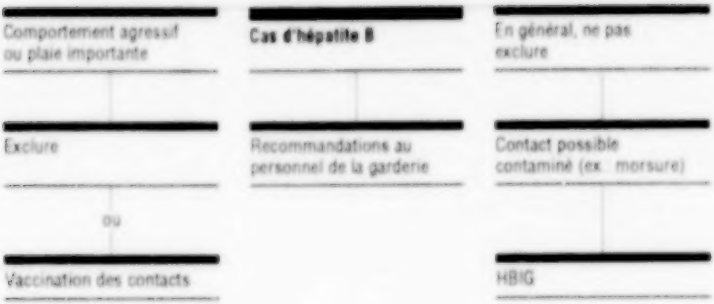
— Attention particulière aux objets (jouets, brosses à dents) contaminés par la salive ou le sang du sujet.

— Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

Séances d'information auprès des parents, si nécessaire.

Arbre décisionnel



Herpès simplex (infection à) (MADO si néo-natal)

Informations générales

Généralités :

Virus de deux types différents, type I et II, qui peut causer des infections systémiques mais surtout des lésions muco-cutanées. Nous ne traiterons ici que de l'herpès buccal qui est habituellement de type I. Pour l'herpès néo-natal, voir la note à la section **Intervention**, ci-dessous.

Tableau clinique :

L'infection primaire peut être asymptomatique. Si symptomatique, elle se manifeste souvent par une gingivostomatite caractérisée par de la fièvre, de l'irritabilité avec énanthème des gencives et de la muqueuse buccale et/ou des lésions vésiculaires de l'oropharynx et de la difficulté à s'alimenter. Le virus peut demeurer sous forme latente et donner ou non des récurrences, qui se présentent sous forme de bouquets de vésicules à la région péri-orale (« feu sauvage »). Certains facteurs peuvent provoquer ces récurrences : fièvre, changements physiologiques, infection, exposition au soleil, stress, etc.

Période d'incubation :

2 à 12 jours.

Période de contagiosité :

Difficile à définir. Pour la primoinfection, le virus est habituellement excrété pendant 1 semaine et, occasionnellement, pendant plusieurs mois. Pour les récurrences, la quantité maximale de virus est présente dans les premières 24 heures. Il a généralement disparu après 5 jours. Le virus survit 2 heures sur la peau, 3 heures sur les vêtements et 4 heures sur les surfaces non poreuses.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les lésions ou la salive d'une personne infectée et par contact indirect avec des objets (jouets) fraîchement contaminés.

Points à surveiller en garderie :

La primoinfection survient surtout en bas âge.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Méningoencéphalite, eczéma herpéticum.
— Infection sévère chez les immunodéprimés.
— Déshydratation possible.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : clinique pour la gingivostomatite et les récurrences buccales.
— Exceptionnelles : culture.

Traitement :

— Spécifique : les antiviraux (vidarabine et acyclovir à envisager chez l'hôte immunodéprimé).
— De support :
  • gingivostomatite : traitement symptomatique (antipyrétique au besoin). Diète molle non irritante. Le lait et les jus de fruits non citrins sont habituellement bien tolérés.
  • Récidives buccales : hygiène locale.

Immunité :

L'infection peut être suivie de récurrences malgré la présence d'anticorps circulants. Il n'y a pas de vaccin disponible ; 70 % à 90 % des adultes ont des anticorps contre le type I et environ 20 % en ont contre le type II.

Interventions

Enquête :

Identifier les contacts à risque : les enfants avec des lésions d'eczéma et ceux souffrant d'immunodépression.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Si primoinfection (gingivostomatite), l'enfant peut réintégrer la garderie dès que son état le permet (absence de fièvre et de difficulté à s'alimenter). Si lésions étendues, on envisagera l'exclusion jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses : habituellement 4 à 5 jours.

— Si récurrence (« feu sauvage ») : renforcer les mesures d'hygiène (tel que lavage des mains, des jouets). Ne pas exclure, sauf si lésions étendues ; dans un tel cas, exclure jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses.

Contacts :

Éviter les contacts directs entre la personne atteinte et les contacts à risque.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène, voir ***Des enfants gardés... en santé***.

— Tant qu'il persiste des lésions évidentes, faire en sorte que les objets que l'enfant porte à sa bouche ne soient pas partagés avec d'autres enfants (brosses à dents, ustensiles, jouets).

Suivi :

Aucun.

Note sur l'herpès néo-natal :

La plupart des infections néo-natales sont de type II et sont contractées à la naissance lorsque le nouveau-né passe par le tractus génital colonisé. L'infection néo-natale peut varier de quelques lésions vésiculaires sur la peau à une maladie généralisée qui peut être fatale ou entraîner des dommages neurologiques importants.

Comme pour l'herpès buccal, l'enfant peut présenter des lésions récurrentes. Dans ce cas, l'intervention sera la même que celle décrite ci-dessus.

Impétigo

Informations générales

Généralités :

Infection bactérienne causée par le streptocoque béta-hémolytique du groupe A et plus rarement par le *Staphylocoque aureus*.

Tableau clinique :

— Lésions cutanées purulentes et croûteuses rarement accompagnées de fièvre et de malaises généraux ; les lésions siègent souvent au visage, en particulier au pourtour du nez et de la bouche.
— Guérison des lésions sans cicatrice.

Période d'incubation :

1 à 5 jours.

Période de contagiosité :

— Si traitement systémique, rarement plus de 24 heures après le début du traitement.
— Si traitement topique, jusqu'à la cicatrisation des lésions.

Durée de la maladie :

Rarement plus de 7 jours avec un traitement adéquat.

Modes de transmission :

— Par contact direct avec des lésions cutanées ou des gouttelettes provenant du nez et de la gorge de personnes infectées ou porteuses du germe.
— Plus rarement par contact indirect avec des objets fraîchement contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Transmission rapide en garderie.

Réceptivité :

Générale : peut survenir dans tous les groupes d'âge mais la majorité des cas surviennent chez les enfants. Les enfants ayant des maladies cutanées sous-jacentes sont plus à risque.

Complications :

— Rarement glomérulonéphrite aiguë.
— Cellulite.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : culture des lésions.

Traitement :

— Spécifique :
  • Pénicilline orale pendant 10 jours, ou benzathine
  • Cloxacilline ou érythromycine pendant 10 jours
  • Utilisation d'antibiotique topique si lésions limitées, certains produits, récemment apparus sur le marché, ont une efficacité supérieure à ce qui existait auparavant (ex. : acide fusidique, mupirocine).
— De support :
  • Nettoyer la peau avec une eau savonneuse.
  • Appliquer une compresse humide sur les lésions pendant 10 minutes et débrider.
  • Couper les ongles de l'enfant.

Immunité :

— La maladie peut conférer une immunité spécifique pour le type de streptocoque en cause mais tous les types de streptocoques peuvent causer l'impétigo.

Interventions

Enquête :

— Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant eu un contact direct avec les lésions du cas infecté, habituellement les enfants d'un même groupe.
— Remettre une lettre explicative à tous les parents dont les enfants fréquentent la garderie.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **Exclure de la garderie jusqu'à 24 heures après le début du traitement.** Le traitement doit être donné par voie systémique si les lésions sont le moindrement étendues.

— **Si refus de traitement, réintégrer la garderie lorsque les lésions sont sèches.**

— Le traitement des sujets par voie systémique est souvent le seul moyen de contrôler une éclosion en garderie.

Contacts :

— Surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers le médecin, s'il y a lieu.

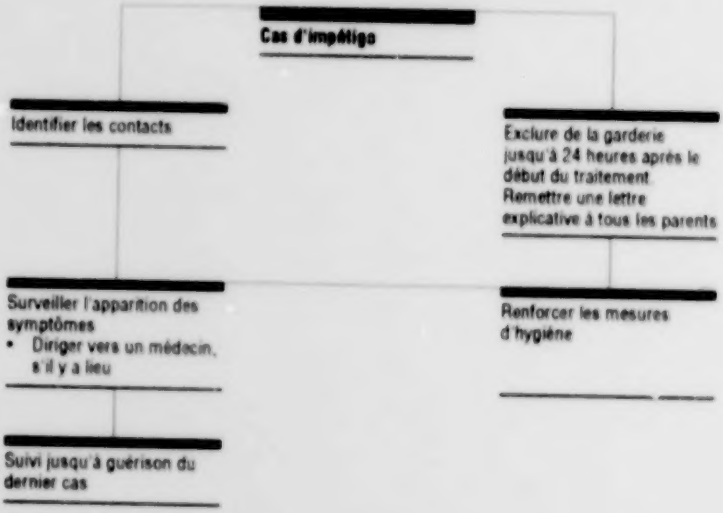
Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

Le traitement simultané de tous les enfants de la garderie (symptomatiques ou non) avec de la pénicilline pourrait être fait en présence d'une situation incontrôlable ou si un cas de glomérulonéphrite aiguë survenait.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Impétigo

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie une personne souffrant d'impétigo. L'impétigo est une maladie de la peau fréquente chez le jeune enfant; elle se manifeste souvent dans le visage, autour de la bouche, par des lésions purulentes (liquide jaunâtre) recouvertes de croûtes.

L'impétigo est causé par une bactérie parfois présente sur la peau saine, qui ne cause des problèmes que lorsqu'il y a coupure, égratignure ou piqûre de moustiques.

En garderie, dès qu'une personne est porteuse, les risques que les autres enfants attrapent la maladie augmentent.

L'impétigo se traite par des antibiotiques. Pour éviter que la maladie ne se propage à la garderie, il faut exclure l'enfant atteint jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique et s'assurer que toute personne en contact avec des lésions se lave les mains à l'eau savonneuse après chaque contact.

Si vous remarquez la présence de lésions sur la peau de votre enfant, nous vous demandons de consulter votre médecin ou votre CLSC.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Influenza (grippe)

Informations générales

Généralités :

Infection causée par le virus influenza de type A, B ou C, qui survient surtout durant la saison froide.

Tableau clinique :

- Fortes fièvres, frissons, céphalées, myalgie, fatigue.
- Maux de gorge, coryza et toux.
- Manifestations gastro-intestinales fréquentes chez les enfants atteints par l'influenza de type A.

Période d'incubation :

24 à 72 heures.

Période de contagiosité :

24 heures avant et jusqu'à 3 jours après le début des symptômes.

Durée de la maladie :

Évolue habituellement vers la guérison en 2 à 7 jours.

Modes de transmission :

- Par contact direct avec des gouttelettes infectées ou des objets fraîchement souillés par les sécrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée.
- Le virus peut vivre 5 minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets inanimés.

Points à surveiller en garderie :

Les enfants sont plus à risque de contracter des infections respiratoires.

Réceptivité :

Le virus influenza subit des changements antigéniques d'une année à l'autre. Ainsi, tout nouveau sous-type peut causer une infection chez une personne ayant déjà eu des infections avec d'autres types. Si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Complications :

— Plus fréquentes chez les personnes souffrant de maladies chroniques (pulmonaire, cardiaque, immunodéprimé, anémie falciforme et autres hémoglobulinopathies) et chez les personnes hébergées en CA et CHSLD et chez les plus de 65 ans.
— Pneumonie virale, pneumonie bactérienne secondaire, laryngite (plus fréquente chez les enfants), exacerbation d'une maladie pulmonaire chronique.
— Syndrome de Reye.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : histoire et tableau clinique pour diagnostic présumé.
— Exceptionnelles : culture et/ou sérologie.

Traitement :

— Spécifique : pour influenza de type A, l'amantadine peut être envisagée pour les personnes à risque élevé ou lorsque la maladie est très sévère, sauf pour les enfants de moins de 1 an et les personnes souffrant d'insuffisance rénale ou de convulsion.
— De support :
  • aérer et humidifier la pièce ;
  • hydrater ;
  • si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé*** ;
  • acétaminophène.

N.B. — Pas d'acide acétylsalicylique (AAS). Attention, de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association.

Immunité :

— La vaccination confère une immunité de courte durée contre les souches virales contenues dans le vaccin dans 70 % à 80 % des cas. Elle est recommandée annuellement pour les enfants et adultes appartenant à certains groupes à risque.
— On utilisera la vaccin sous-unitaire chez les enfants de moins de

13 ans et le vaccin à virus entier chez les enfants âgés de 13 ans et plus.

— La maladie confère une immunité contre la souche en cause mais la durée dépend du degré des variations antigéniques futures.

Interventions

Enquête :

— Identifier les contacts appartenant aux groupes à risque élevé et vérifier leur état immunitaire contre l'influenza. Les contacts sont toutes les personnes de la garderie et de l'entourage immédiat du sujet pendant sa période de contagiosité.

— Remettre une lettre explicative à tous les parents qui ont des enfants appartenant aux groupes à risque élevé.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Pas nécessaire d'exclure de la garderie ; toutefois, il serait souhaitable qu'il puisse demeurer à la maison tant que les symptômes sont importants.

— Envisager amantadine si le sujet appartient à un groupe à risque et si c'est l'influenza du type A.

— Dans une perspective de santé publique, il n'est pas nécessaire de fermer la garderie.

Contacts :

— Pour les contacts à risque réceptifs (non vaccinés) : diriger vers le médecin pour prophylaxie possible à l'amantadine si influenza du type A.

— Pour les contacts à risque non réceptifs (vaccinés) : surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers le médecin, s'il y a lieu.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Revoir avec l'équipe de la garderie les mesures d'hygiène et l'enseignement aux enfants.

— S'assurer que les contacts à risque soient immunisés dans les années subséquentes.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Influenza (grippe)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie plusieurs personnes souffrant de grippe. Il se peut que des grippes soient dues au virus de l'influenza. La maladie se manifeste par de la fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires, de la fatigue, des maux de gorge, des écoulements nasaux et de la toux. Dans certains cas, il y a aussi de la diarrhée et des vomissements.

Votre enfant, à cause de son état de santé, est sujet à développer une maladie sévère s'il fait une grippe. Nous vous suggérons donc de contacter votre médecin ou votre CLSC afin de discuter d'un traitement préventif à l'amantadine et de la vaccination annuelle.

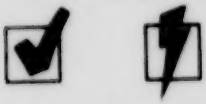
Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Intoxication alimentaire



Informations générales

Généralités :

Tout syndrome provoqué par l'ingestion d'aliments contaminés par des microorganismes, des toxines bactériennes ou un produit chimique.

Tableau clinique :

Selon l'agent, d'un simple malaise léger à des réactions graves pouvant entraîner la mort.

Période d'incubation :

Selon l'agent en cause.

Période de contagiosité :

Selon l'agent en cause.

Durée de la maladie :

Selon l'agent en cause.

Modes de transmission :

Ingestion d'aliments contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Problème relativement rare en garderie, car les mesures d'hygiène alimentaire sont habituellement bien respectées dans ces milieux. Il faut surtout y penser lorsque des repas sont préparés à l'extérieur de la garderie.

Réceptivité :

Voir Points à surveiller en garderie.

Complications :

Selon l'agent en cause.

Méthodes diagnostiques :

Selon le tableau clinique, recherche de l'agent causal dans les aliments suspects, les selles ou les vomissements.

Traitement :

Selon l'agent en cause

Immunité :

Ne s'applique pas.

Interventions

Enquête :

N.B. — Chaque DSC devrait avoir un protocole détaillé en ce qui concerne ce problème. On devrait toujours le consulter. Nous donnons quand même quelques grandes lignes.

1) Le succès de l'enquête dépend de la rapidité avec laquelle le cas est rapporté et pris en charge.
2) Dès la réception de la déclaration, noter les renseignements de base et insister sur la nécessité de retenir ou récupérer les aliments suspects et de prélever des spécimens. Important garder tous les aliments du repas suspect dans des contenants au froid, et ne pas congeler.
3) Le CLSC et le DSC doivent se concerter dans ces types d'enquêtes.
4) Anamnèse de tous les individus malades sur les symptômes et la consommation d'aliments et analyse des prélèvements appropriés pris sur ces individus.
5) Avertir les inspecteurs du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec ou les services municipaux d'inspection des aliments pour qu'ils inspectent les lieux physiques.
6) Résumé de l'anamnèse.
7) Interroger toutes les personnes présentes lors du repas suspect.
8) Déterminer les symptômes prédominants.
9) Établir le diagramme de l'épidémie.
10) Calculer les périodes d'incubation.
11) Calculer les taux d'atteinte spécifiques de chacun des aliments consommés dans la période suspecte selon le temps d'incubation.

12) Décider des méthodes diagnostiques appropriées.
13) Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

— Renforcer les mesures d'hygiène (voir ***Des enfants gardés... en santé***).
— Selon l'agent en cause.

Suivi :

— Le plus souvent, l'enquête permet d'identifier une mauvaise pratique d'hygiène alimentaire.

Il est alors important de communiquer les résultats de l'enquête aux responsables de la garderie pour que les correctifs nécessaires soient apportés, prévenant ainsi des problèmes ultérieurs.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Intoxication alimentaire

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a présentement plusieurs enfants à la garderie qui ont des symptômes de diarrhée ou vomissements qui pourraient être reliés à une intoxication alimentaire.

Nous faisons présentement une enquête à la garderie afin d'en connaître les causes.

Si votre enfant présente des vomissements ou des selles diarrhéiques, auriez-vous l'obligeance d'en garder un échantillon pour fins d'analyse, afin de faciliter notre démarche. À cette fin, vous pouvez utiliser le contenant qui vous a été remis ou un bocal vide et propre avec couvercle étanche. En attendant de retourner les prélèvements à l'adresse mentionnée ci-dessous, conservez-les au réfrigérateur.

Veuillez retourner les prélèvements à

_____

Merci de votre collaboration et nous vous aviserons des résultats.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Laryngite

Informations générales

Généralités :

La laryngite (ou laryngite striduleuse ou laryngo-trachéo-bronchite ou faux croup) est causée le plus souvent par des virus (surtout para-influenza, influenza A et rarement adénovirus, virus respiratoire syncytial). L'infection peut aussi être causée par le *Mycoplasma pneumoniæ*.

Tableau clinique :

— Apparition de toux aboyante, voix rauque, stridor, tirage inspiratoire avec ou sans fièvre. Les manifestations sont causées par une obstruction respiratoire haute modérée à sévère.
— Peut se manifester d'emblée ou peut faire suite à une IVRS (rhinorrhée, toux, mal de gorge).
— Symptomatologie fluctuante au cours de la journée, qui peut se détériorer ou s'améliorer rapidement (ex. : l'enfant va mieux le matin et son état se détériore le soir).

Période d'incubation :

Varie de 1 à 10 jours selon l'agent infectieux.

Période de contagiosité :

Varie selon l'agent infectieux, moins de 7 jours mais peut, le plus souvent, aller jusqu'à 2-3 semaines.

Durée de la maladie :

3 à 4 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct ou indirect avec les sécrétions du nez et de la gorge de la personne infectée et par les gouttelettes provenant de son tractus respiratoire.

Points à surveiller en garderie :

Voir Réceptivité, ci-dessous.

Réceptivité :

La réceptivité est générale mais la maladie survient plus fréquemment chez les enfants âgés de 3 mois à 3 ans, particulièrement chez les garçons.

Complications :

— Hypoxémie.
— Insuffisance respiratoire.
— Œdème pulmonaire transitoire.
— Pneumonie.

Méthodes diagnostiques :

Habituellement basées sur l'histoire clinique.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support :
  • Laryngite légère (pas de tirage ni histoire de dyspnée) : traitement à domicile avec de l'humidité.
  • Laryngite modérée ou sévère : l'admission à l'hôpital est souvent nécessaire. Le traitement sera adapté à la gravité de l'atteinte : tente avec oxygène humidifiée, aérosolthérapie (adrénaline racémique), dexaméthasone, intubation nasotrachéale, etc.

Immunité :

— La maladie peut conférer une immunité spécifique pour le sérotype en cause mais plusieurs sérotypes d'un virus et plusieurs virus distincts peuvent causer la maladie.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Laryngite

Sujet :

— Placer l'enfant devant un vaporisateur à air froid : le résultat est souvent immédiat. Le vaporisateur à air chaud n'est pas recommandé.

— Sinon, conduire l'enfant dans une salle de bains et faire couler l'eau chaude de la douche. Placer l'enfant le plus près possible de la buée ; attention aux brûlures.

— Ouvrir une fenêtre ou sortir l'enfant dehors ; l'air frais peut aider.

— S'il n'y a pas de résultat, conduire l'enfant à l'urgence ou le faire examiner par un médecin.

— L'enfant peut réintégrer la garderie dès que son état de santé le permet.

Contacts :

Aucune intervention.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène (lavage des mains et des jouets). Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

Aucun.

Méningites virales

(Seulement si causée par un entérovirus)

Informations générales

Généralités :

Elles sont causées par une grande variété d'agents infectieux. Dans plus de 50 % des cas, aucun agent n'est identifié. Les virus les plus souvent retrouvés sont les entérovirus, les coxsackies et les échovirus. Elles sont aussi causées par les virus de la poliomyélite, de la rougeole, de l'herpès simplex, de la varicelle et des oreillons. Nous ne traiterons ici que de la méningite à entérovirus, plus fréquente pendant les mois d'été et d'au-
tomne.

Tableau clinique :

— Maladie fréquente, rarement fatale, qui débute de façon soudaine par de la température, des signes et symptômes méningés.
— Selon l'agent impliqué, il peut y avoir des symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux, une éruption cutanée, des vésicules, des pétéchies.

Période d'incubation :

3 à 6 jours.

Période de contagiosité :

L'excrétion du virus dans les selles persiste plusieurs semaines après le début de la maladie.

Durée de la maladie :

Rarement plus de 10 jours.

Modes de transmission :

Transmission fécale-orale et possiblement respiratoire. La transmission du virus est fréquente mais sa manifestation sous forme de méningite est rare.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Générale, mais maladie plus fréquente chez les jeunes enfants.

Complications :

Guérit habituellement sans séquelles, mais il peut y avoir des manifestations transitoires telles que parésie, encéphalite, faiblesse, spasmes musculaires, insomnie, changement de comportement.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : analyse du LCR.
— Exceptionnelles : recherche du virus dans les selles, les sécrétions pharyngées, le LCR et l'urine.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support : selon le degré d'atteinte.

Immunité :

La maladie confère une immunité spécifique au type en cause. Il n'y a pas de vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Si un agent spécifique est identifié, voir la section correspondante.

Mesures de contrôle :

Sujet :

Peut retourner à la garderie dès que son état de santé le permet. Respect strict des mesures d'hygiène en ce qui concerne les selles.

Contacts :

Aucune intervention.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

S'assurer que la ventilation est adéquate et que l'espace disponible par enfant respecte les normes.

Molluscum contagiosum

Informations générales

Généralités :

Infection cutanée bénigne causée par un virus du groupe des poxvirus.

Tableau clinique :

— Papules ombiliquées du rose perlé au blanc.
— Chez les enfants : se localise au visage, tronc et membres supérieurs.
— Chez les adultes : plus souvent sur les organes génitaux.

Période d'incubation :

Habituellement de 2 à 7 semaines.

Période de contagiosité :

— Inconnue.
— Probablement tant que les lésions persistent.

Durée de la maladie :

Sans traitement, habituellement disparition spontanée entre 6 mois et 2 ans. Le traitement raccourcit la durée.

Modes de transmission :

— Généralement par contact direct, personne à personne.
— Moins fréquemment par contact indirect avec des objets contaminés.
— L'autoinoculation est fréquente.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Aucune.
— Guérit sans laisser de cicatrice.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : identification du virus dans les lésions par microscopie électronique.

Traitement :

— Spécifique : curetage sous anesthésie ou cryothérapie.
— De support : aucun.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— Ne pas exclure de la garderie.
— Couvrir d'un pansement les lésions qui sont exposées.

Contacts :
Éviter le contact direct avec les lésions des personnes infectées.

Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

Aucun.

Mononucléose infectieuse

Informations générales

Généralités :

Maladie causée par le virus Epstein-Barr

Tableau clinique :

Manifestations variées allant de l'absence de symptômes (surtout chez les enfants) au décès (rare). Si présentation typique : fièvre, pharyngite exsudative, lymphadénopathie, hépatosplénomégalie et lymphocytes atypiques dans le sang. Rash, surtout chez les patients traités à l'ampicilline. Symptômes : céphalées, fatigue, malaises, anorexie, myalgies, nausées, etc.

Période d'incubation :

4 à 7 semaines.

Période de contagion :

Prolongée : l'excrétion pharyngée peut persister un an après l'infection ; 10 % à 20 % des adultes en bonne santé excrètent le virus dans leur salive. Notons cependant que cette maladie est peu contagieuse.

Durée de la maladie :

Varie selon le tableau clinique. La plupart du temps, guérison en 2 semaines. La prostration associée à l'infection se résorbe plus lentement.

Modes de transmission :

Par contact intime avec la salive d'une personne infectée. Par contact indirect avec des objets contaminés par de la salive. Par transfusion sanguine.

Points à surveiller en garderie :

Infection qui passe souvent inaperçue chez les enfants d'âge préscolaire.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Obstruction respiratoire.
— Neurologiques, telles que méningite aseptique, encéphalite, Guillain-Barré.
— Rupture splénique, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie hémolytique, atteinte cardiaque.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : basées sur le tableau clinique, la formule sanguine (lymphocyte atypique) et sur la présence d'anticorps hétérophiles.
— Exceptionnelles : sérologie spécifique : anticorps anti-Epstein-Barr.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support :
  • Antipyrétiques, repos, diète légère.
  • Hospitalisation, si complications graves.
  • Corticostéroïdes si complications graves.
  • Si splénomégalie, éviter les sports de contact pendant 4 à 6 mois.

Immunité :

— Aucun vaccin disponible.
— La maladie confère une immunité permanente.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Ne pas exclure.

Contacts :
Aucune intervention.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène habituelles, voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Neisseria meningitidis (infection à)

Informations générales

Généralités :

Le *Neisseria meningitidis* ou méningocoque est une bactérie qui peut avoir des manifestations cliniques variées. Plusieurs sérogroupes sont rencontrés : A, B, C, Y, W-135, Z.

Tableau clinique :

— Infection invasive : méningite, méningococcémie, parfois avec choc septique.
— Infection locale du naso-pharynx : sans symptôme (porteur) ou avec symptôme local. La prévalence des porteurs peut être élevée, surtout si épidémie.

Période d'incubation :

2 à 10 jours.

Période de contagiosité :

— Probablement aussi longtemps que l'organisme est présent dans les sécrétions rhinopharyngées.
— Même le traitement parentéral peut ne pas éliminer l'état de porteur.

Durée de la maladie :

Variable. Réponse au traitement en 7 à 10 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les gouttelettes et les sécrétions provenant du nez et de la gorge des personnes malades ou porteuses.

Points à surveiller en garderie :

Des épidémies peuvent survenir dans des endroits surpeuplés. De telles épidémies ont été décrites en garderie.

Réceptivité :

Elle est générale mais l'infection atteint surtout les jeunes enfants de moins de 5 ans et, à un moindre degré, les adolescents.

Complications :

Elles sont dues aux infections invasives.

— Précocement : péricardite, myosite, arthrite septique, coma, coagulation intravasculaire disséminée, décès dans 10 % des cas si traitement précoce et dans 50 % des cas si traitement tardif.

— Tardivement : déficit neurologique, surdité, paralysie cérébrale.

Méthodes diagnostiques :

— Le diagnostic présumé est basé sur l'histoire, l'examen et, particulièrement, sur la présence de pétéchies.

— Le diagnostic confirmé repose sur des analyses microbiologiques du LCR et du sang.

Traitement :

— Spécifique :
  • Curatif : antibiothérapie parentérale à large spectre instituée rapidement sans attendre la confirmation bactériologique et à ajuster par la suite selon les résultats.
  • Prophylactique : rifampicine ou sulfisoxazole.

— De support :
  • Varie selon le type d'atteinte.

Immunité :

— La maladie confère une immunité de durée inconnue, spécifique au type en cause. Il n'existe pas de protection croisée.

— Les vaccins sur le marché couvrent les groupes suivants : A, C, Y, W-135. Il n'y a pas encore de vaccin contre le groupe le plus fréquemment rencontré au Canada, soit le groupe B. Un vaccin est cependant à l'étude.

Interventions

Enquête :

— S'informer du sérogroupe impliqué et de l'antibiogramme.

— Identifier les contacts, c'est-à-dire tous les contacts familiaux, tous les enfants et le personnel de la garderie.

— Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants en contact avec le sujet.

Mesures de contrôle :

Sujet :

La thérapie doit être suivie d'une prophylaxie (voir Contacts) car les antibiotiques utilisés pour le traitement n'éliminent pas nécessairement l'état de porteur. **Il ne pourra réintégrer la garderie que si la prophylaxie a été amorcée.**

Contacts :

— Tous les contacts doivent recevoir une prophylaxie et ce, de préférence dans les 24 heures (70 % des cas secondaires surviennent dans la semaine qui suit le premier cas). Elle demeure indiquée même si le contact remonte à 3-4 semaines. Cette prophylaxie doit être administrée, en même temps, à tous les contacts, pour éliminer la présence du méningocoque à la garderie. **Ceux qui refusent la prophylaxie devront être exclus de la garderie pendant 60 jours.**

— Rifampicine :
- Enfants de moins d'un mois : 5 mg/kg p.o. q.12 heures pendant 2 jours.
- Enfants : 10 mg/kg (max. 600 mg) p.o. q.12 heures pendant 2 jours.
- Adultes : 600 mg p.o.q. 12 heures pendant 2 jours.

La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien. Il est recommandé de prendre des ententes au préalable avec un pharmacien.

Ne pas administrer à une femme enceinte.

Aviser la personne des effets secondaires possibles : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, décoloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples, diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux.

— Sulfisoxazole (si la souche impliquée y est sensible) :
- Enfants de moins d'un an : 500 mg p.o. par jour (divisés en 4 doses journalières) pendant 2 jours.
- Enfants de 1 à 12 ans : 500 mg p.o. q.12 heures pendant 2 jours.

- Contact âgé de plus de 12 ans : 1 gm p.o. q.12 heures pendant 2 jours.
- Ne pas administer à une femme enceinte.

Les intervenants du DSC et du CLSC doivent s'assurer que le sujet et tous les contacts reçoivent la rifampicine à la dose recommandée. Idéalement, un médecin sur place devrait rencontrer les parents et rédiger les prescriptions.

La prophylaxie ne conférant pas une protection absolue, surveiller l'apparition des symptômes et diriger rapidement vers l'urgence d'un hôpital.

Si épidémie, la vaccination des contacts peut être envisagée lorsque causée par un sérogroupe présent dans le vaccin.

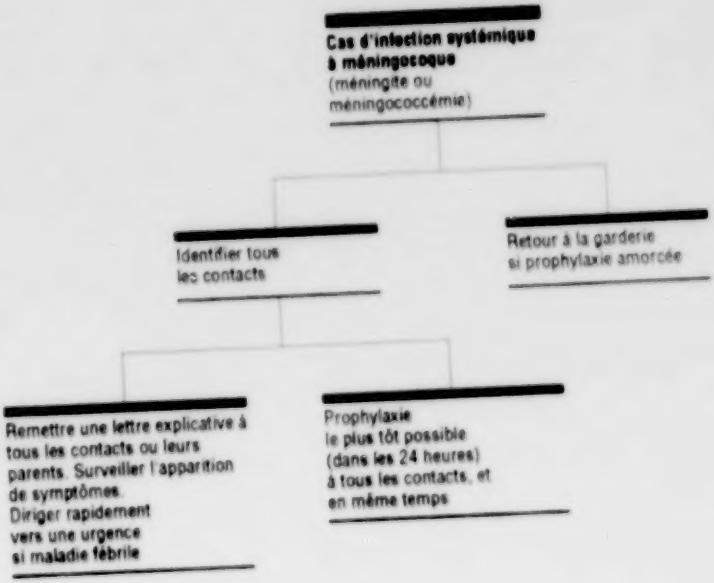
Environnement :

Bien aérer les pièces.

Suivi :

Aucun.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Neisseria meningitidis (infection à)

Lieu : _____

Date : _____

Cher(s) parent(s),

Un enfant fréquentant la garderie a une infection à *Neisseria meningitidis*. Le *Neisseria meningitidis* est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Cependant, elle peut causer des infections sérieuses incluant la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau), la bactériémie (présence de bactéries dans le sang) et, rarement, la pneumonie.

Comme cette bactérie peut se transmettre en garderie, tous les enfants et les adultes de la garderie doivent recevoir, le plus tôt possible (de préférence dans les prochaines 24 heures), un traitement préventif. Ceci est indispensable pour réintégrer la garderie.

Étant donné que ce traitement n'est pas efficace à 100 %, vous êtes priés de rester en liaison avec un médecin afin de vous assurer d'un suivi adéquat. Si votre enfant présente de la fièvre dans les prochaines semaines, amenez-le, le plus rapidement possible, à l'urgence d'un hôpital avec cette lettre.

Le traitement à la rifampicine peut s'accompagner d'effets secondaires bénins (symptômes digestifs, décoloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples, diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux).

Nous comptons sur votre collaboration pour aider à enrayer cette infection afin de protéger la santé des vôtres et de tous ceux qui fréquentent la garderie.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Oreillons

Informations générales

Généralités :

Infection virale aiguë causée par le virus des oreillons du genre paramyxovirus, qui se manifeste le plus souvent par une parotidite (à noter que d'autres virus peuvent causer des parotidites).

Tableau clinique :

— Souvent asymptomatique (30 %)
— Fièvre modérée, malaises qui durent environ 24 heures, suivis d'une douleur périauriculaire et d'une dysphagie.
— Tuméfaction parotidienne unilatérale ou bilatérale.

Période d'incubation :

14 à 21 jours.

Période de contagiosité :

— 7 jours avant, jusqu'à 9 jours après l'apparition de la tuméfaction.
— Contagiosité maximale : 48 heures avant le début des symptômes.

Durée de la maladie :

3 à 10 jours.

Modes de transmission :

Par projection de gouttelettes de salive et par contact direct avec la salive d'une personne infectée.

Points à surveiller en garderie :

Très peu d'éclosions ont été rapportées en garderie.

Réceptivité :

Toute personne n'ayant pas subi la maladie ou n'ayant pas reçu le vaccin.

Complications :

Les plus fréquentes :
— méningite clinique, dans 1-10 % des cas, généralement bénigne et sans séquelle ;
— pancréatite, surdité, thyroïdite ;
— après la puberté, orchite chez 15 à 25 % des hommes et oophorite chez 5 % des femmes atteintes.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : sérologie, culture et isolement du virus.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support :
  • Diète molle sans fruit citrin pendant la phase aigue, car l'acidité accentue la douleur parotidienne.
  • Si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé***.
  • Analgésiques et antipyrétiques.

Immunité :

— Le vaccin antiourlien confère une immunité dans 95 % des cas.
— La maladie confère une immunité permanente.

Interventions

Enquête :

— Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne du même groupe que le sujet durant la période de contagiosité.
— Vérifier l'état immunitaire des contacts. On considère comme réceptive toute personne n'ayant pas reçu le vaccin et n'ayant pas subi la maladie.
— Vérifier et noter l'état immunitaire du sujet.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— Retirer l'enfant de la garderie jusqu'à la disparition du gonflement (environ 9 jours).

— Dans le cas où tous les contacts à la garderie (enfants et personnel) sont immunisés, retour à la garderie dès que sont état de santé le permet.

Contacts :

— Non réceptifs : aucune intervention.

— Réceptifs :

- Vacciner ou faire vacciner les contacts réceptifs âgés de 12 mois et plus. Toutefois, cette mesure ne prévient pas nécessairement l'apparition de nouveaux cas au cours de cet épisode.
- Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts et diriger vers un médecin, s'il y a lieu.
- Les immunoglobulines ne sont pas efficaces pour prévenir les cas secondaires.

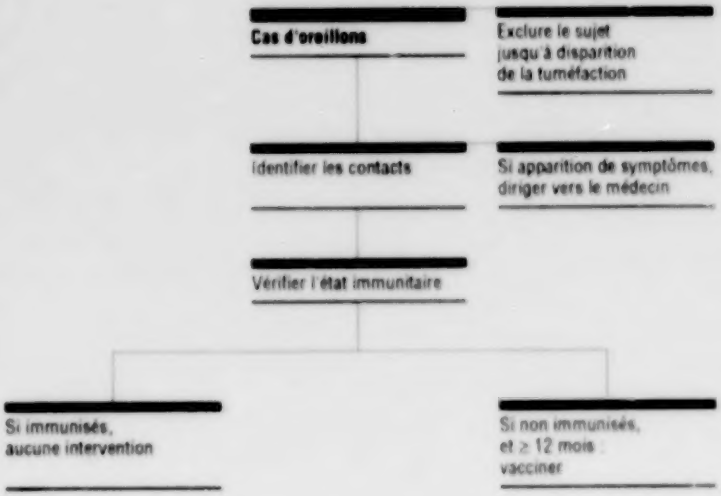
Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

Aucun de spécifique, mais profiter de l'occasion pour s'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés et pour vérifier l'état immunitaire du personnel et des autres enfants de la garderie.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Oreillons

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant a été en contact, à la garderie, avec une personne ayant les oreillons; c'est une maladie qui peut être évitée à l'aide d'un vaccin.

Habituellement, les oreillons causent l'enflure des glandes devant et sous les oreilles et s'accompagnent de fièvre modérée, de maux de tête et de maux d'oreilles. Quelquefois, une inflammation sévère peut s'étendre à la moelle épinière et au cerveau.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés à partir de l'âge de 12 mois. Le vaccin contre les oreillons est généralement associé à ceux contre la rougeole et la rubéole.

☐ D'après nos données, votre enfant est vacciné.

☐ D'après nos données, votre enfant n'est pas vacciné et, s'il est âgé de 12 mois et plus, nous vous suggérons de contacter votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner immédiatement.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, s'il-vous-plaît, prévenez la garderie et consultez votre médecin ou votre CLSC.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Otite moyenne aiguë

Informations générales

Généralités :

— Inflammation de l'oreille moyenne.

— Complication la plus fréquente des infections respiratoires supérieures du jeune enfant. Les organismes les plus souvent impliqués sont *S. pneumoniæ*, *H. influenzæ*, *B. catarrhalis*.

Tableau clinique :

Otalgie, fièvre, irritabilité.

Période de contagiosité :

L'otite moyenne aiguë n'est pas contagieuse.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

Puisque l'otite est une complication d'une infection des voies respiratoires supérieures, c'est cette dernière qui peut être transmise.

Points à surveiller en garderie :

La prévalence est augmentée chez les enfants en garderie. Si un enfant fréquente une garderie, les deux tiers de ses otites seraient attribuables à cette fréquentation.

Réceptivité :

Générale, mais infection plus fréquente chez les enfants âgés de 6 mois à 6 ans, chez les enfants issus de famille nombreuse, si histoire d'otite moyenne dans la famille, si famille de fumeurs, si anomalie crâniofaciale. Plus fréquente chez certains groupes ethniques. Plus fréquente en hiver et au printemps.

Complications :

Perforation du tympan, otite moyenne chronique, cholestéatome, mastoïdite, méningite, abcès sous-dural, abcès cérébral, perte neurosensorielle.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : histoire et examen clinique.
— Exceptionnelles : paracenthèse.

Traitement :

— Spécifique :
  • Antibiothérapie.
— De support :
  • Acétaminophène, si fièvre et/ou douleur.
  • Myringotomie parfois indiquée.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité. Aucun vaccin n'a démontré son efficacité dans la prévention de l'otite moyenne.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie, sauf si son état général ne lui permet pas de suivre les activités de la garderie. Un enfant, sous traitement ou non, qui présente une otorrhée peut fréquenter la garderie. Dans ce cas, nettoyer avec un papier mouchoir (voir ***Des enfants gardés... en santé***) et appliquer une ouate dans l'oreille. Si les symptômes persistent, diriger vers le médecin.

Contacts :

Aucune.

Environnement :

Aucune intervention.

Complications :

Perforation du tympan, otite moyenne chronique, cholestéatome, mastoïdite, méningite, abcès sous-dural, abcès cérébral, perte neurosensorielle.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : histoire et examen clinique.
— Exceptionnelles : paracentèse.

Traitement :

— Spécifique :
  • Antibiothérapie.
— De support :
  • Acétaminophène, si fièvre et/ou douleur.
  • Myringotomie parfois indiquée.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité. Aucun vaccin n'a démontré son efficacité dans la prévention de l'otite moyenne.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie, sauf si son état général ne lui permet pas de suivre les activités de la garderie. Un enfant, sous traitement ou non, qui présente une otorrhée peut fréquenter la garderie. Dans ce cas, nettoyer avec un papier mouchoir (voir ***Des enfants gardés... en santé***) et appliquer une ouate dans l'oreille. Si les symptômes persistent, diriger vers le médecin.

Contacts :

Aucune.

Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

— Ne jamais coucher un enfant avec un biberon, voir ***Des enfants gardés... en santé***.

— De plus, appliquer les mesures de contrôle suggérées pour le rhume.

Oxyurose (entérobiase)

Informations générales

Généralités :

Maladie intestinale commune causée par *l'Enterobius vermicularis*, un nématode intestinal.

Tableau clinique :

Souvent asymptomatique. Le symptôme le plus fréquent est le prurit anal avec, parfois, surinfection des lésions de grattage. Il peut aussi y avoir un dérangement du sommeil et de l'irritabilité.

Période d'incubation :

De 4 à 6 semaines pour que le cycle de vie de l'oxyure soit complet. Des cas symptomatiques sont le plus souvent dus à plusieurs réinfections successives sur une période de plusieurs mois.

Période de contagiosité :

Tant que les femelles gravides pondent leurs œufs à la région périanale et que ces œufs demeurent infectieux dans l'environnement. Ils survivent moins de deux semaines en dehors de l'hôte.

Durée de la maladie :

— Tant qu'un traitement approprié n'est pas appliqué.
— Cependant, la réinfection par auto-infestation ou par infestation acquise d'autres individus est nécessaire pour que l'entérobiase persiste.

Modes de transmission :

Par transfert direct d'œufs par les mains de l'anus à la bouche, soit chez la même personne ou chez une autre, ou indirectement par les vêtements, la literie ou d'autres articles contaminés par les œufs.

Points à surveiller en garderie :

— Plus fréquente chez les enfants d'âge préscolaire.
— C'est l'infection helminthique la plus commune aux États-Unis et au Canada.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Rares :
— vulvovaginite ;
— salpingite ;
— granulome pelvien.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : « Scotch tape test » à la région périanale pour examen microscopique, afin de déceler la présence des œufs. Il existe maintenant sur le marché des spatules adhésives qui facilitent la tâche. Idéalement, ce test doit être fait le matin avant le bain ou la défécation et doit être répété au moins 3 fois avant d'être déclaré négatif. En présence de cas prouvés dans l'entourage, le diagnostic clinique peut suffire.

Traitement :

— Spécifique :
  • Pamoate de pyrantel.
  • Mébendazole.
  • Pamoate de pyrvinium.
  N.B. — Il est recommandé de répéter le traitement après 2 semaines.
— De support : aucun.

Immunité :

— Aucune d'acquise après la maladie.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Si présence d'un seul cas, considérer comme contacts les membres de la famille seulement.

— Si présence de plusieurs cas, visite à la garderie. Dans cette dernière situation, considérer comme contacts les membres de la famille et tous les enfants des mêmes groupes que les cas infectés et les membres du personnel.
— Faire le « Scotch tape test » à 2 ou 3 contacts symptomatiques pour confirmation.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Traitement adéquat.
— Pas d'exclusion.

Contacts :

— Au foyer : traiter tous les contacts familiaux (symptomatiques ou pas).
— À la garderie : faire le « Scotch tape test » (pour confirmation, voir ci-dessus) et traiter tous les contacts symptomatiques.

Environnement :

— Pendant les 2-3 jours suivant le premier traitement, appliquer les recommandations suivantes :
  • renforcer les mesures d'hygiène ;
  • lavage et changement de la literie des cas infectés ;
  • désinfection du matériel de la garderie, incluant les jouets ;
  • nettoyage à l'aspirateur des planchers de la garderie.

Suivi :

— Surveiller la garderie pour l'apparition de nouveaux cas pendant 1 mois suivant l'épisode.
— Si le problème persiste, il pourrait être nécessaire, pour éliminer l'infestation, de faire un « Scotch tape test » à tous les contacts même s'ils sont asymptomatiques et de traiter tous les cas positifs.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Oxyurose (entérobiase)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant ainsi que d'autres enfants de la garderie présentent des symptômes compatibles avec une oxyurose. Cette maladie causée par un parasite est fréquente en garderie. Elle se manifeste le plus fréquemment par des démangeaisons au niveau de l'anus. Elle peut aussi causer de l'irritabilité ou un sommeil agité.

☐ Afin de nous aider à confirmer l'épidémie, auriez-vous l'obligeance de faire le test à votre enfant et de le retourner à

_____

☐ Puisque l'épidémie est confirmée et que votre enfant présente des symptômes, nous vous recommandons de lui faire suivre le traitement approprié. Il en va de même pour tous les membres de votre famille, qu'ils présentent des symptômes ou pas. Lorsque vous viendrez chercher votre enfant à la garderie, nous vous informerons sur la façon de donner le traitement.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pédiculose

Informations générales

Généralités :

Infestation parasitaire des régions pileuses du corps (pou de corps causé par *Pediculus humanus corporis*) ou du cuir chevelu (pou de tête causé par *Pediculus humanus capitis*) ou de la région pubienne (pou du pubis causé par *Phtirus pubis*. Nous ne traiterons ici que des poux de tête.

Tableau clinique :

— Démangeaisons secondaires à l'infestation du cuir chevelu.
— Présence de lentes collées à la racine des cheveux, derrière les oreilles et à l'occiput, et parfois dans les sourcils et les cils.

Période d'incubation :

Les lentes éclosent en 4 à 10 jours.

Période de contagiosité :

Jusqu'à destruction des œufs et des poux vivants dans les cheveux et les vêtements par un traitement efficace.

Durée de la maladie :

Tant qu'il n'y a pas eu de traitement efficace; le pou adulte survit au plus 24 heures en dehors du corps humain. Les lentes éclosent en 4 à 10 jours et pour survivre, elles doivent se nourrir en dedans de 24 heures.

Modes de transmission :

Par contact direct avec une personne infestée, ou indirect avec ses vêtements et ses effets personnels.

Points à surveiller en garderie :

Les épidémies y sont fréquentes.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Lésions de grattage.
— Infection secondaire au grattage.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : examen microscopique.

Traitement :

Application de shampoing antiparasitaire : lindane (Kwellada[MD]), pyréthrine (A-200 pyrinate, R & C[MD]) selon les indications du fabricant.

— Même si on a récemment mis en doute l'innocuité du lindane, celui-ci semble inoffensif lorsqu'il est utilisé selon le mode d'emploi et après la période néo-natale.
— Le lindane n'est pas recommandé chez les femmes enceintes.
— Après le traitement pour faciliter le décollement des lentes, passer les cheveux au peigne fin trempé dans un solution 1:1 eau-vinaigre.
Pour les poux de tête, le traitement devrait être répété une semaine plus tard parce que le shampoing ne détruit pas les lentes.
— Si atteinte des cils ou des sourcils, appliquer de la gelée de pétrole en couche épaisse 2 fois par jour pendant une semaine. Retirer les lentes à l'aide d'une pince à sourcils. Il existe sur le marché une gelée de pétrole pour usage ophtalmique, appelée Lacri-lube[MD].

Immunité :

— La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

— **Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant eu un contact direct avec une personne infestée, ses vêtements ou ses objets personnels.**
— **Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants de la garderie.**

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Peut revenir à la garderie après l'application d'un traitement adéquat.

Contacts :

— Examiner ou faire examiner les contacts.

— Demander d'appliquer le traitement, s'il y a lieu. Le traitement n'est recommandé que lorsqu'il y a présence d'infection. Il est important de traiter tous les enfants infectés, y compris ceux qui ne présentent pas de symptômes.

N.B. — Tous les cas doivent être traités le même jour.

Environnement :

— S'assurer que les vêtements, la literie, les objets personnels (peignes, brosses à cheveux) ayant servi dans les 48 heures précédant le traitement, tant à la maison qu'à la garderie, soient lavés à l'eau très chaude pendant 5 à 10 minutes (pour ce, augmenter la température du chauffe-eau de 50 à 60 degrés Celsius), nettoyés à sec ou vaporisés avec un insecticide approprié (pyrethrine). Si impossible, garder dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 14 jours. Pour les objets inanimés, il suffit de passer l'aspirateur.

— S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs peignes, brosses à cheveux, chapeaux.

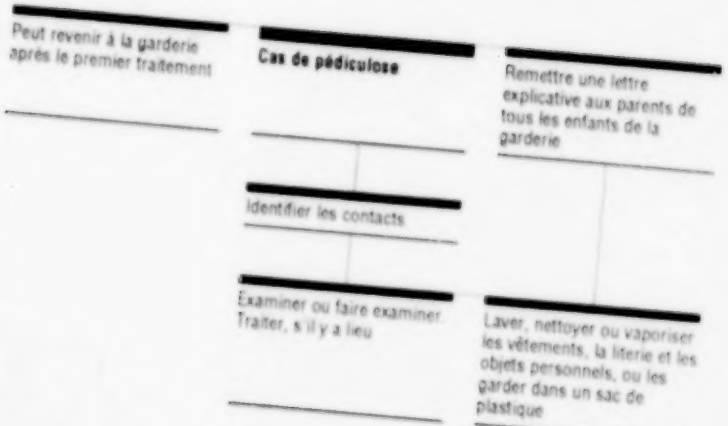
Suivi :

— Examiner les contacts tous les matins jusqu'à 2 semaines après le dernier cas. Ceci peut être fait par le personnel de la garderie.

— Profiter de l'occasion pour réviser les mesures d'hygiène et donner de l'information au personnel sur le dépistage de la pédiculose.

— Si l'épidémie persiste, une visite à la garderie serait indiquée.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents des enfants qui fréquentent la garderie

Pédiculose

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie des enfants porteurs de poux et de lentes.

Afin d'éviter la contagion, nous vous demandons d'examiner la tête de votre enfant et de le traiter adéquatement, si nécessaire.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et renseignements pratiques ainsi que les procédures de traitement que nous vous conseillons.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Lettre aux parents du sujet

Pédiculose

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Nous avons constaté que votre enfant souffre de pédiculose (poux de tête et lentes).

Cette infestation se transmet facilement. Nous savons que cet état peut être accidentel et nous vous demandons d'appliquer un traitement approprié.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et renseignements pratiques ainsi que les procédures de traitement que nous vous conseillons.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pièce jointe

Pédiculose
Conseils et renseignements pratiques

Nous désirons vous donner de l'information sur ce sujet pour le moins piquant. Il nous apparaît que des parents informés peuvent mieux prévenir ou agir, s'il y a lieu.

Nous pouvons tous attraper des poux. Nous ne sommes pas responsables de les avoir attrapés, mais cela devient notre responsabilité de s'en défaire le plus rapidement possible. On ne doit surtout pas s'alarmer puisque les poux de tête ne menacent pas la santé publique.

Le pou étant sensible aux variations de température et d'humidité du corps humain, il est certain que le fait de se laver et de changer de vêtements régulièrement contribue à interrompre ou limiter son développement ou sa prolongation. Si, malgré tout, on en attrape... surtout pas de panique! C'est bien « achalant », mais ça se traite facilement, en très peu de temps.

1. Identification

A quoi ressemblent un pou et une lente?

Le pou est un petit insecte grisâtre au dos plat, sans ailes. Ses pattes se terminent par un crochet avec lequel il s'agrippe aux cheveux.

La lente est un œuf que le pou dépose près du cuir chevelu ou sur le cheveu. C'est une petite boule translucide grisâtre qui colle aux cheveux et qui est gluante et résistante. Elle diffère de la pellicule qui tombe, si on secoue le cheveu, tout comme un grain de sable.

De plus, il est bon de savoir que les poux de tête se multiplient rapidement. Une femelle adulte peut pondre jusqu'à 140 œufs (lentes) en 30 jours — période qui met fin à sa vie. Les lentes éclosent en 4 à 10 jours pour donner naissance à des poux minuscules, répliques exactes des poux adultes qu'ils deviennent en 10 jours.

(suite à la prochaine page)

(Suite)

Les poux ne sautent pas mais se transmettent par contact direct avec des personnes infestées ou par l'intermédiaire des articles personnels contaminés (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, manteaux...) ainsi que par les dossiers de divans, tapis, draps et taies d'oreillers, serviettes, écouteurs, etc.

2. Prévention

Examiner régulièrement les cheveux à la recherche de poux et de lentes.

Le pou est difficile à trouver. Il se cache sur la tête, surtout à la nuque et derrière les oreilles. C'est un insecte à six pattes et puisqu'il pique, le premier symptôme est souvent la démangeaison qui entraîne le grattage. Il peut survivre 24 heures hors de la tête.

La lente est plus facile à voir et à trouver. Les lentes ne peuvent exister sans qu'un pou ne soit passé. De couleur blanc grisâtre, ressemblant un peu à une pellicule gonflée, on la trouve en examinant les cheveux à la nuque et derrière les oreilles, ou en soufflant dessus.

Aviser les enfants de ne pas prêter leurs peignes, brosses à cheveux, chapeaux.

Conseiller aux enfants de mettre leur tuque, béret, foulard, dans la manche de leur manteau plutôt que sur un crochet. Les manteaux et articles personnels devraient être rangés dans des casiers séparés.

3. Traitement

Shampoings disponibles à la pharmacie sans prescription. Le pharmacien peut vous aider à faire un choix. Voici quelques noms de produits actuellement offerts :

— lindane (**Kwellada**[MD]),
— pyréthrine (A-200 pyrinate, R & C[MD]).

(suite à la prochaine page)

Suite :

Il est important de bien suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant. Le traitement devrait être répété une semaine plus tard parce que le shampoing ne détruit pas les lentes.

Peigner les cheveux avec un peigne fin trempé dans du vinaigre chaud afin d'enlever les lentes collées aux cheveux. Il n'est pas nécessaire de les couper. Vérifier les autres membres de la famille et traiter, s'il y a lieu.

Désinfecter les brosses et peignes au savon et les faire tremper dans l'eau bouillante pendant 5 à 10 minutes ou dans une solution de Lysol 2 % pendant 1 heure, ou dans un shampoing pédiculicide pendant 2 à 3 heures.

Laver à la machine (augmenter la température de l'eau de 50 à 60 degrés Celsius) les draps, taies d'oreillers, vêtements, chapeaux, tuques qui ont été utilisés dans les 48 heures précédant le traitement, ou nettoyer à sec les effets qui peuvent se détériorer au lavage.

La solution de rechange serait de déposer les vêtements dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 14 jours.

Vaporiser un insecticide ou passer l'aspirateur sur les divans, tapis, matelas et dans les endroits jugés opportuns.

Important :

- **Ne faire le traitement que s'il y a pédiculose : on ne doit pas appliquer de traitement préventif.**
- **Les produits utilisés pour enrayer la pédiculose sont toxiques. Ne jamais appliquer plus de 2 traitements. Aussi, il faut garder les produits hors de la portée des enfants.**

Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine

(Seulement pour la scarlatine)

Informations générales

Généralités :

La pharyngo-amygdalite streptococcique est une angine causée par le streptocoque béta hémolytique du groupe A. Lorsque l'agent infectieux produit une toxine erythrogénique, l'angine peut s'accompagner d'un rash (scarlatine).

Tableau clinique :

Pharyngo-amygdalite : fièvre élevée, pharyngite avec ou sans pus, nausées et vomissements, adénopathies cervicales et en plus, si scarlatine, érythème fin blanchissant sous la pression. Cet érythème apparait au cou, à la poitrine, aux plis axillaires, aux coudes, à l'aine et à la face interne des cuisses et n'atteint par le visage. L'éruption diminue en une semaine et l'on observe une desquamation.

Période d'incubation :

1 à 5 jours.

Période de contagiosité :

— Si traitée : dépasse rarement 24 heures après le début du traitement.
— Si non traitée : habituellement de 10 à 21 jours mais peut devenir porteur pour une période variable.

Durée de la maladie :

Rarement plus de 7 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct avec des gouttelettes provenant du nez ou de la gorge d'une personne infectée ou rarement d'un porteur. Rarement par contact indirect avec des objets inanimés. Des épidémies de pharyngo-amygdalite ont été causées par l'ingestion d'aliments contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Les épidémies sont fréquentes en garderie. Le tableau clinique peut être atypique chez les enfants de moins de 3 ans. L'infection est plus fréquente chez les enfants de 3 ans et plus.

Réceptivité :

Générale, mais plus fréquente chez les enfants que chez les adultes.

Complications :

— Suppuratives : otite moyenne, abcès périamygdalien, sinusite, mastoïdite.

— Non suppuratives : rhumatisme articulaire aigu (rare chez les enfants de moins de 4 ans), glomérulonéphrite aiguë.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles :

— Pour la pharyngo-amygdalite : culture de gorge ou méthode rapide si disponible. Il n'est pas possible cliniquement de différencier une pharyngite virale d'une pharyngite streptococcique.

— Pour la scarlatine : l'examen clinique et la culture de gorge.

Traitement :

— Spécifique : pénicilline V, per os pendant 10 jours ; pénicilline benzathine, i.m. Si allergique à la pénicilline, utiliser l'érythromycine pendant 10 jours.

— De support : si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé***. Pour les antipyrétiques, utiliser l'acétaminophène, éviter l'acide acétylsalicylique (AAS) et consulter votre pharmacien pour le choix (de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association).

Immunité :

— Pour la pharyngite, la maladie ne confère pas d'immunité car il y a plusieurs types de streptocoques du groupe A. Aucun vaccin disponible.

— Il est possible de contracter plus d'une fois la scarlatine à cause des trois formes immunologiques de la toxine ou parce que le traitement antibiotique précoce de la première attaque a gêné la formation d'antitoxine.

Interventions

Enquête :

— Dès l'apparition d'un cas, identifier les contacts, c'est-à-dire les membres de la famille et toute personne du même groupe que le sujet durant la période de contagiosité.

— Remettre une lettre explicative aux parents.

— Si plusieurs cas simultanés, considérer une source de contamination alimentaire.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Traitement.

— Exclure jusqu'à 24 heures après le début du traitement.

Contacts :

— Surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers le médecin pour une recherche de streptocoque et un traitement, s'il y a lieu.

— Si plusieurs contacts symptomatiques, il serait préférable de faire les prélèvements directement à la garderie.

N.B. — Si un cas développe une complication non suppurative (RAA ou glomérulonéphrite aiguë) et seulement dans ce cas, une recherche de streptocoque pourra être faite auprès de tous les contacts symptomatiques ou non. Tous les contacts chez qui l'on retrouvera du streptocoque seront traités.

Environnement :

Aucune intervention, sauf si l'épidémie est de source alimentaire (voir section Intoxication alimentaire).

Suivi :

Même si l'épidémie persiste, il est rarement indiqué de chercher les porteurs sains.

Arbre décisionnel

Cas de pharyngite streptococcique ou de scarlatine

Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement

Remettre une lettre aux parents

Identifier les contacts

Si apparition de symptômes, diriger vers le médecin pour recherche de streptocoque

Faire le suivi

Si complication non suppurative, rechercher le streptocoque chez tous les contacts et traiter tous les positifs

Lettre aux parents

Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie une ou des personnes souffrant d'une infection à streptocoque. Voici quelques informations sur cette maladie.

Symptômes

Fièvre souvent élevée, maux de gorge, ganglions, nausées et vomissements dans les cas les plus sévères. Parfois une éruption s'ajoute à la pharyngite, on parle alors de scarlatine. Ces symptômes apparaissent de 1 à 5 jours après le contact avec le microbe.

Diagnostic

Doit se faire par le prélèvement des sécrétions de la gorge afin d'identifier le microbe en cause (le streptocoque).

Traitement

Si ce microbe est présent dans les sécrétions, le traitement sera soit un antibiotique oral (habituellement pénicilline) à prendre pendant 10 jours ou une injection de pénicilline. Ce traitement vise à prévenir des maladies plus graves telles que le rhumatisme articulaire aigu (RAA ou fièvre rhumatismale) qui peut atteindre les valvules du cœur.

Si votre enfant manifeste l'un ou l'autre des symptômes ci-haut mentionnés, gardez-le à la maison, prévenez la garderie et contactez votre médecin ou votre CLSC.

Votre enfant pourra retourner à la garderie 24 heures après le début du traitement avec des antibiotiques.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pharyngo-amygdalite virale

Informations générales

Généralités :

C'est une angine causée par plusieurs virus. Les plus fréquents sont l'adénovirus, l'entérovirus, l'influenza et le para-influenza; 80 % des pharyngo-amygdalites sont d'origine virale.

Tableau clinique :

Le tableau clinique varie selon l'agent causal. Les principaux symptômes sont : adénopathies cervicales, douleur, pharyngite, dysphagie, œdème, énanthème, coryza.

Période d'incubation :

1 à 10 jours.

Période de contagiosité :

Un peu avant et pendant toute la durée de la maladie.

Durée de la maladie :

Habituellement entre 2 à 7 jours.

Modes de transmission :

Par inhalation de gouttelettes contaminées, par contact direct ou indirect avec des sécrétions nasopharyngées provenant d'une personne infectée ou avec des objets fraîchement contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont plus fréquentes chez les enfants en garderie. Si un enfant fréquente une garderie, un tiers de ses IVRS serait attribuable à cette fréquentation.

Réceptivité :

Générale

Complications :

— Pneumonie, bronchite, sinusite, otite moyenne, surinfection bactérienne. La sévérité varie selon l'âge et l'état de l'hôte.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : pharyngo-amygdalite clinique en l'absence du streptocoque béta hémolytique du groupe A dans les sécrétions pharyngées. Il n'est pas possible cliniquement de distinguer la pharyngite virale de la pharyngite à streptocoque.

Traitement :

— Spécifique : les antibiotiques ne sont d'aucune efficacité pour les pharyngo-amygdalites virales.

Immunité :

— La maladie peut conférer une immunité pour le type en cause seulement.

— Aucun vaccin disponible, sauf pour l'influenza.

Interventions

Enquête :

Si présence de plusieurs cas de maux de gorge à la garderie, éliminer l'infection streptococcique par un prélèvement des sécrétions de la gorge. Dans ce cas, remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie, sauf si son état général ne lui permet pas de suivre les activités. Si les symptômes persistent, diriger vers le médecin pour évaluation.

— Habituer l'enfant à se couvrir le nez et la bouche lorsqu'il tousse et éternue.

— Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite. Voir ***Des enfants gardés... en santé***

Contacts :

— Aucune mesure spéciale.

Environnement :

— Bien aérer et humidifier les pièces.
— Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.
— Désinfecter les jouets contaminés.

Suivi :

Aucun.

Lettre aux parents

Pharyngo-amygdalite virale

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Il y a actuellement à la garderie plusieurs enfants présentant des maux de gorge.

Si votre enfant présente des maux de gorge accompagnés de fièvre, nous vous recommandons de contacter votre médecin ou votre CLSC afin de faire identifier le microbe en cause. En l'absence de fièvre, la maladie est probablement d'origine virale et guérira, naturellement dans les jours qui suivent.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Pneumocoque (infection à)

Informations générales

Généralités :

Le pneumocoque ou *Streptococcus pneumoniæ* est un pathogène respiratoire majeur (84 sérotypes on été identifiés mais 20 de ces sérotypes causent 90 % des infections).

Tableau clinique :

Le pneumocoque est l'agent étiologique le plus fréquemment impliqué dans les pneumonies bactériennes acquises dans la communauté et cause aussi des méningites. Il provoque plus de 50 % des otites moyennes chez les enfants. Plusieurs autres types d'atteinte sont possibles : mastoïdite, sinusite, méningite, endocardite, arthrite, péritonite, bactériémie.

Période d'incubation :

1 à 3 jours.

Période de contagiosité :

— Non traité : jusqu'à la disparition de la bactérie dans les sécrétions oropharyngées.
— Traité : jusqu'à 24 à 48 heures après le début du traitement.

Durée de la maladie :

Généralement, tant qu'il n'y a pas de traitement institué.

Modes de transmission :

Les infections à pneumocoque sont le plus souvent d'origine endogène. Elles surviennent durant le mois qui suit l'acquisition d'un nouveau sérotype. En période de pneumonie épidémique, la transmission de personne à personne, probablement par l'intermédiaire de gouttelettes infectées, peut survenir plus fréquemment dans les populations fermées.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu. Cependant, le taux de porteur peut être élevé dans ce milieu et la transmission, augmentée en présence d'une haute densité de population et pendant la période des infections respiratoires (hiver). Le pneumocoque est l'agent le plus fréquent des bactériémies chez les enfants de 1 à 24 mois.

Réceptivité :

La réceptivité est générale mais la résistance à l'infection est habituellement élevée. Cette résistance peut être diminuée par toute atteinte à l'intégrité anatomique ou physiologique du tractus respiratoire inférieur, telles que IVRS, maladie cardio-respiratoire chronique ou exposition à des irritants présents dans l'air. La résistance est aussi diminuée si asplénie fonctionnelle ou anatomique, diabète, insuffisance rénale.

Complications :

— De la pneumonie : empyème, péricardite, abcès pulmonaire, endocardite, mortalité possible.
— De la méningite : épanchement sous-dural, abcès cérébral.
— De l'otite : mastoïdite, méningite.
— De la mastoïdite : abcès cérébral, méningite.

Méthodes diagnostiques :

Habituelles :

— Pneumonie : analyse et culture des expectorations et hémoculture.
— Méningite : analyse et culture du LCR.
— Otite : diagnostic clinique.
— Autres types d'atteinte : diagnostic basé sur les études bactériologiques et radiologiques.

Traitement :

— Spécifique : pénicilline ou érythromycine.
— De support : hydratation, support respiratoire, si nécessaire.

Immunité :

La maladie confère une immunité spécifique pour le sérotype en cause. Cette immunité peut durer plusieurs années. Le vaccin peut conférer une immunité contre 23 sérotypes. Il est recommandé chez certains groupes à

risque. Il n'est pas recommandé chez les moins de 24 mois, car moins efficace à cet âge.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Aucune.

Contacts :
Aucune.

Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

Aucun.

Pneumonies bactériennes

Informations générales

Généralités :

La pneumonie bactérienne peut être causée par plusieurs agents différents. La bactérie la plus fréquemment rencontrée est le pneumocoque. Les autres agents les plus fréquents sont : *Hæmophilus influenzæ type b*, *Mycoplasma pneumoniæ*. Les pneumonies à pneumocoque et à *Hæmophilus influenzæ* de type b ont fait l'objet de discussions ailleurs dans ce guide.

Tableau clinique :

Fièvre, toux avec ou sans expectoration, douleurs thoraciques, dyspnée, râles à l'auscultation.

Période d'incubation :

Varie selon l'agent étiologique.

Période de contagiosité :

Varie selon l'agent étiologique.

Modes de transmission :

Varie selon l'agent étiologique.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Générale. Cependant, les pneumonies à mycoplasma surviennent plus souvent chez les jeunes à partir de l'âge scolaire.

Complications :

— Septicémie, abcès pulmonaire, empyème, décès.
— Plus fréquentes chez les personnes ayant une maladie débilitante.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : basées sur des études bactériologiques, soit la culture des expectorations, l'hémoculture, etc.

Traitement :

— Spécifique : antibiothérapie.
— De support : hydratation ; support respiratoire, si nécessaire.

Immunité :

— La maladie confère généralement une immunité pour le type en cause.
— Aucun vaccin, sauf pour le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzæ du type b*.

Interventions

Enquête :

Aucune, sauf si pneumonie à *Hæmophilus influenzæ* type b (voir Infection à *Hæmophilus influenzæ* type b).

Mesures de contrôle :

Sujet :
Aucune

Contacts :
Aucune

Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

Aucun.

Pneumonies virales

Informations générales

Généralités :

Infection causée le plus souvent par le VRS (virus respiratoire syncytial), le parainfluenza, le virus influenza et l'adénovirus.

Tableau clinique :

Frissons, fièvre, douleur thoracique, dyspnée, toux avec sécrétions plus abondantes.

Période d'incubation :

1 à 10 jours.

Période de contagiosité :

Un peu avant et pendant toute la durée de la maladie.

Durée de la maladie :

Généralement de 7 à 10 jours.

Modes de transmission :

La transmission se fait par inhalation de gouttelettes contaminées. Par contact direct ou indirect avec des sécrétions nasopharyngées ou des objets fraîchement contaminés. La transmission du virus est fréquente mais elle n'entraîne pas nécessairement une pneumonie chez le contact.

Points à surveiller en garderie :

Certaines études ont démontré une fréquence accrue chez les enfants en garderie.

Réceptivité :

Générale. La maladie est plus fréquente chez les nouveau-nés et les enfants.

Complications :
Surinfection bactérienne et insuffisance respiratoire.

Méthodes diagnostiques :
— Habituelles : basées sur l'examen clinique et la radiographie pulmonaire.
— Exceptionnelles : culture virale et sérologie.

Traitement :
— Spécifique : pour infection à influenza type A, amantadine. Pour infection au VRS, ribavirine.
— De support : hydratation, support respiratoire.

Immunité :
— La maladie confère une immunité variable selon l'agent en cause.

Interventions

Enquête :
Vérifier si un agent spécifique a été identifié. S'il s'agit du virus respiratoire syncytial ou de l'influenza, voir section correspondante. Dans les autres circonstances, aucune intervention.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Peut réintégrer la garderie dès que son état de santé le permet. Habituer l'enfant à se couvrir le nez et la bouche lorsqu'il tousse ou éternue. Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.

Contacts :
Surveiller l'apparition de symptômes d'infection des voies respiratoires. Si les symptômes persistent, diriger vers un médecin. Faire laver les mains des enfants fréquemment.

Environnement :
— Bien aérer et humidifier les pièces.
— Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.
— Désinfecter les jouets contaminés.

Suivi :
Aucun.

Poliomyélite

Informations générales

Généralités :

Infection virale causée par un poliovirus de type 1, 2 ou 3.

Tableau clinique :

— Asymptomatique dans 95 % des cas.
— Fièvre, malaise général, anorexie, symptôme gastro-intestinal avec ou sans signes méningés.
— Avec ou sans paralysie flasque.

Période d'incubation :

3 à 35 jours.

Période de contagiosité :

— Peu connue.
— La contagiosité maximale : quelques jours avant et après l'apparition des symptômes. Le virus sauvage ou vaccinal peut être excrété dans les selles jusqu'à 6 semaines suivant l'infection ou la vaccination.

Durée de la maladie :

Variable selon le type d'atteinte.

Modes de transmission :

Par contact direct avec les sécrétions de la gorge et les selles d'une personne infectée.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Toute personne n'ayant pas été vaccinée ou n'ayant pas subi la maladie.

Complications :

— Insuffisance respiratoire.
— Myocardite.
— Séquelles paralytiques.
— Décès (2 % à 10 % des cas paralytiques).

Méthodes diagnostiques :

Habituelles : diagnostic présumé basé sur le tableau clinique, confirmé par sérologie et cultures (sécrétions pharyngées, selles).

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support : visant à prévenir les complications de la paralysie.

Immunité :

— Une vaccination complète confère une bonne immunité.
— La maladie confère une immunité de longue durée spécifique au type en cause.

Interventions

Étant donné la gravité de la maladie, il faut aviser immédiatement le chef du DSC qui prendra les mesures appropriées.

Rhume

Informations générales

Généralités :

Infection virale aiguë des voies respiratoires supérieures causée le plus souvent par des rhinovirus. Peut aussi être provoquée par le para-influenza, le virus respiratoire syncytial, le coronavirus, l'adénovirus, les entérovirus et le virus influenza.

Tableau clinique :

Rhinorrhée, larmoiement, irritation de la gorge, frissons, fièvre (rarement).

Période d'incubation :

12 à 72 heures, ordinairement 48 heures.

Période de contagiosité :

24 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début des symptômes.

Durée de la maladie :

2 à 7 jours.

Modes de transmission :

Par contact direct avec des sécrétions provenant du nez et de la gorge des personnes infectées. Par contact indirect avec des objets fraîchement contaminés par des sécrétions. La transmission peut se faire par inhalation de gouttelettes contaminées. L'auto-inoculation est possible à la suite d'une contamination des mains. Les rhinovirus peuvent survivre des heures dans l'environnement.

Points à surveiller en garderie :

Des études semblent démontrer une fréquence accrue chez les enfants en garderie et ce, surtout durant la première année de fréquentation. Si un enfant fréquente une garderie, le tiers de ses rhumes serait attribuable à cette fréquentation.

Rhume

Réceptivité :

Générale. C'est l'infection la plus fréquente chez l'homme. Le nombre de rhumes chez l'enfant varie entre 3 et 8 par année.

Complications :

Otite moyenne, sinusite, trachéite, laryngite, bronchite et, rarement, pneumonie.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : tableau clinique.
— Exceptionnelles : isolement du virus.

Traitement :

— Spécifique : les antibiotiques ne sont pas indiqués, sauf s'il y a une surinfection bactérienne.
— De support :
  • Repos.
  • Hydratation.
  • Pour dégager le nez de l'enfant, mettre 1 à 2 gouttes d'eau salée ou sérum physiologique ou Salinex (acheté en pharmacie) dans chacune des narines pour ramollir les sécrétions. Aspirer ensuite avec une poire nasale (pharmacie) ou, s'il est plus âgé, le faire moucher.
  (Recette d'eau salée : ½ c. à thé de sel dans un verre d'eau de 250 ml. Faire bouillir et laisser refroidir.)
  • Si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé***.
  • Humidification.

Immunité :

La maladie peut conférer une immunité variable selon le type en cause. Une réinfection est toujours possible.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie, sauf si son état général ne lui permet pas de suivre les activités de la garderie. Si les symptômes persistent, diriger vers le médecin pour évaluation.

— Habituer l'enfant à se couvrir le nez et la bouche lorsqu'il tousse ou éternue.

— Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Contacts :

Aucune.

Environnement :

— Bien aérer et humidifier les pièces (niveau idéal : 40 %-50 %).

— Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.

— Désinfecter les jouets contaminés.

Suivi :

Aucun.

Roséole (exanthème subit)

Informations générales

Généralités :

Maladie érythémateuse causée par un agent non identifié mais que l'on présume être viral. Il est possible que la roséole soit un syndrome provoqué par plusieurs virus différents et non par un virus spécifique.

Tableau clinique :

Maladie aiguë survenant chez les jeunes enfants, caractérisée par une fièvre qui persiste pendant 3 à 5 jours et une rapide défervescence suivie d'un rash érythémateux maculopapulaire qui dure 1 à 2 jours. Malgré la fièvre élevée, l'enfant conserve habituellement un bon état général.

Période d'incubation :

5 à 15 jours.

Période de contagiosité :

Maladie généralement considérée comme non contagieuse.

Modes de transmission :

Inconnus. Les cas secondaires sont très rares.

Points à surveiller en garderie :

La plus fréquente des maladies éruptives survenant chez les enfants de moins de 2 ans.

Réceptivité :

Les enfants de 6 à 24 mois sont les plus fréquemment atteints. L'infection est rare avant 3 mois et après 4 ans.

Complications :

— Convulsions pendant la période fébrile.

— Encéphalite.
— Purpura thrombocytopénique (rare).

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles :
  • Présentation clinique.
  • Leucopénie entre le 3e et le 6e jour de la maladie.
— Exceptionnelles : aucune.

Traitement :

— Spécifique : aucun.
— De support : antipyrétiques (voir ***Des enfants gardés... en santé***).

Immunité :

La maladie confère une immunité probablement permanente.

Interventions

Enquête :

— Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant.
— S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie éruptive contagieuse, telle que rougeole, rubéole, érythème infectieux.
— Par définition, il ne peut s'agir d'une roséole si la fièvre et l'éruption sont réellement concomitantes.

Mesures de contrôle :

Aucune.

Suivi :

Aucun.

Rougeole

Informations générales

Généralités :

Infection virale aiguë causée par le virus de la rougeole.

Tableau clinique :

Atteinte importante de l'état général, fièvre, conjonctivite, photophobie, rhinorrhée, toux, auxquelles s'ajoutent une éruption maculopapulaire débutant au visage, au cou, au thorax et un énanthème pathognomonique (signe de Koplik). La maladie est, en général, plus sévère chez les nourrissons, les adultes et les immunodéprimés.

Période d'incubation :

8 à 14 jours.

Période de contagiosité :

— 4 jours avant et jusqu'à 5 jours après l'apparition de l'éruption.
— Contagiosité maximale : avant l'apparition de l'éruption.

Durée de la maladie :

7 à 10 jours.

Modes de transmission :

— Par projection de gouttelettes ou par contact direct avec les sécrétions provenant du nez et de la gorge des personnes infectées.
— Une des maladies les plus contagieuses.

Points à surveiller en garderie :

Les enfants réceptifs ont un risque élevé de contracter la maladie.

Réceptivité :

Toute personne n'ayant pas contracté la maladie ou n'ayant pas reçu le vaccin.

Complications :

— Otite moyenne ou pneumonie : 1/15.
— Encéphalite : 1/1 000.
— Panencéphalite subaiguë : 1-5/100 000.
— Décès : 2,5 à 8/10 000.

Les complications sont plus fréquentes chez les nourrissons, les malades et les immunodéprimés.

Méthodes diagnostiques :

Le maladie sera confirmée sur les critères suivants :

— Cas confirmé :
  • Isolement du virus.
  • Confirmation sérologique :
    IgG 2 tests à 14 jours d'intervalle
    ou
    IgM spécifique : décelable dès le 3e jour après le début de l'exanthème.
  • Cas clinique en contact avec cas confirmé.
— Cas clinique :
  • Fièvre – 38,3°C ou plus et exanthème maculopapulaire généralisé d'une durée de trois jours ou plus, et un ou plusieurs des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite.

Traitement :

Spécifique : aucun.

De support : antipyrétique (acétaminophène) ; pas d'antibiotique, sauf si infection bactérienne secondaire.

Immunité :

La vaccination confère l'immunité dans 95 % des cas. La maladie confère l'immunité permanente.

Interventions

Enquête :

— Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant. Obtenir une confirmation sérologique pour les premiers cas. Aviser la personne du centre de prélèvements des risques possibles de transmission dans la salle d'attente.

— Identifier les contacts, c'est-à-dire la famille, le personnel, les enfants de la garderie et les compagnons de jeux habituels.
— Vérifier l'état immunitaire des contacts: on considère comme réceptive à la maladie toute personne née après 1957, n'ayant pas reçu le vaccin ou n'ayant pas subi une maladie documentée (attestation médicale écrite ou sérologique).
— Vérifier et noter l'état vaccinal du sujet.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle:

Sujet:

Exclure de la garderie jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Contacts:

— Non réceptifs: aucune intervention.
— Réceptifs de moins de 6 mois: administrer des immunoglobulines* le plus tôt possible (moins de 7 jours après le contact).
— Réceptifs de 6 à 12 mois: si le contact remonte à moins de 72 heures, vacciner**;
s'il remonte à 72 heures mais à moins de 7 jours, administrer des immunoglobulines. Dans ce cas, attendre au moins 3 mois avant d'administrer le RRO. L'enfant vacciné avant l'âge de 12 mois devra être revacciné à l'âge de 15 mois.
— Réceptifs de 12 mois et plus: administrer le vaccin**.

* Posologie habituelle des immunoglobulines 0,25 ml/kg (maximum 15 ml). Pour immunodéprimés, 0,5 ml/kg (maximum 15 ml).

** Si contre-indications au vaccin, administrer des immunoglobulines.

Tous les contacts réceptifs chez qui le vaccin ou les immunoglobulines n'auront pas été administrés devront être exclus de la garderie jusqu'à 14 jours après l'apparition des derniers cas.

Surveiller l'apparition des symptômes chez tous les contacts et diriger vers le médecin, s'il y a lieu.

Aviser le médecin qu'on lui réfère un cas de rougeole possible, à cause des dangers de transmission dans la salle d'attente de l'hôpital.

Environnement:

— Bien aérer les pièces.

— Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.
— Désinfecter les jouets contaminés.

Suivi :

— S'assurer que les contacts réceptifs ont été immunisés.
— Vacciner ou faire vacciner, s'il y a lieu.
— Assurer le suivi jusqu'à 14 jours après l'apparition du dernier cas.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Rougeole

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant a été en contact à la garderie avec une personne souffrant de rougeole. La rougeole est une maladie sérieuse et très contagieuse qui peut être évitée grâce à un vaccin.

La rougeole se manifeste par de la fièvre, une rougeur et une sensibilité des yeux à la lumière, un écoulement nasal et de la toux; vient ensuite l'apparition de rougeur sur la peau. Ces symptômes disparaissent après une à deux semaines. La rougeole se complique fréquemment d'otite ou de pneumonie et, plus rarement, d'encéphalite (infection du cerveau) pouvant laisser des séquelles (convulsions, surdité et retard mental).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés à partir de l'âge de 12 mois. Le vaccin contre la rougeole est généralement associé à ceux contre la rubéole et les oreillons.

Le Ministère recommande en outre **d'exclure de la garderie jusqu'à 14 jours après l'apparition du dernier cas, tout contact non protégé qui ne reçoit ni le vaccin ni les immunoglobulines (traitement préventif).**

☐ D'après nos informations, votre enfant est vacciné; il n'y a pas lieu de vous inquiéter et il peut continuer de fréquenter la garderie.

☐ D'après nos informations, votre enfant a déjà eu la maladie. Il peut demeurer à la garderie.

(suite à la prochaine page)

(Suite)

☐ D'après nos données, nous ne savons pas si votre enfant est vacciné ou s'il a eu la maladie. Vous devez donc le garder à la maison jusqu'à ce que vous nous fournissiez une preuve de vaccination ou un certificat médical attestant qu'il a eu la maladie. Sinon, un traitement préventif sera nécessaire avant de réintégrer la garderie.

☐ La vaccination est contre-indiquée pour votre enfant. Dans ce cas, il devra recevoir une injection de gammaglobulines.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, S.V.P., prévenez la garderie, gardez-le à la maison et consultez votre médecin ou votre CLSC.

Merci de votre collaboration.

Nom: _____
(en lettres moulées)

Signature: _____

Téléphone: ( ) _____

Rubéole

Informations générales

Généralités :

Maladie exanthémateuse causée par le virus de la rubéole.

Tableau clinique :

Infection congénitale :

— surdité, cataractes, malformations cardiaques, retard mental, etc. ; peut survenir lorsqu'une femme contracte la maladie durant les premiers mois de sa grossesse.

Infection acquise :

— souvent asymptomatique (25 % à 50 %) ;

— prodrome : fièvre, adénopathie ;

— éruption maculopapulaire débutant au visage et progressant vers le corps, parfois arthrite et arthralgie, surtout chez les femmes ;

— encéphalite (rare).

Période d'incubation :

14 à 21 jours.

Période de contagiosité :

— 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption.

— Peut persister pendant des mois chez l'enfant atteint de rubéole congénitale.

Durée de la maladie :

Environ 7 jours.

Modes de transmission :

— Vertical : transplacentaire.

— Horizontal : contact direct avec les sécrétions rhinopharyngées infectées.

Par inhalation de gouttelettes contaminées. Chez l'enfant atteint de rubéole congénitale, le virus est sécrété dans toutes les sécrétions corporelles (risque de transmission horizontale).

Points à surveiller en garderie :

Les enfants réceptifs fréquentant la garderie peuvent être une source de contamination pour leur mère ainsi que pour le personnel féminin en âge de procréer.

Réceptivité :

Toute personne n'ayant pas subi la maladie ou n'ayant pas reçu la vaccination.

Complications :

Voir Tableau clinique.

Méthodes diagnostiques :

Rubéole acquise :

— Habituelles : le diagnostic clinique est peu fiable car les symptômes sont peu spécifiques ; aussi il est nécessaire de confirmer par la sérologie :
IgG 2 tests à 14 jours d'intervalle ;
IgM spécifique : détectable dès le début de l'exanthème.

— Exceptionnelles : culture du virus.

Rubéole congénitale :

— Habituelles : tableau clinique typique. Présence d'IgM spécifique à la naissance ou persistance des anticorps IgG au-delà de 6 mois de vie.

— Exceptionnelles : culture du virus.

Traitement :

— Spécifique : aucun.

— De support : Si fièvre, voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Immunité :

— La vaccination confère une immunité dans 95 % des cas.

— La maladie confère une immunité permanente.

Interventions

Enquête :

— **Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et obtenir une confirmation sérologique.**

— Identifier les contacts, c'est-à-dire toute personne ayant partagé le même local que le cas index durant sa période de contagiosité, incluant les femmes qui viennent chercher un enfant en garderie, ainsi que les membres de la famille de l'enfant.

— Vérifier l'état immunitaire des contacts. Pour fins d'enquête, on considère comme réceptive à la maladie toute personne n'ayant pas reçu le vaccin ou n'ayant jamais eu de sérologie positive connue.

— Vérifier et noter l'état immunitaire du sujet.

— Remettre une lettre explicative à tous les parents dont les enfants fréquentent la garderie.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **Exclure de la garderie jusqu'à 7 jours après l'apparition du rash.**

Contacts non réceptifs :

Aucune.

Contacts réceptifs :

— S'il s'agit d'une femme qui est enceinte ou qui soupçonne de l'être, la diriger vers son médecin le plus tôt possible. Pour les autres contacts réceptifs, c'est-à-dire enfants, éducateur(trice)s, parents, vacciner ou faire vacciner si âgés de 12 mois et plus. S'assurer que la personne n'est pas enceinte au moment de la vaccination et ne le deviendra pas au cours des 3 mois qui suivront la vaccination.

— Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et diriger vers un médecin, s'il y a lieu.

Suivi :

S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Rubéole

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Votre enfant a été en contact à la garderie avec une personne ayant la rubéole. La rubéole est une maladie qui peut être évitée grâce à un vaccin.

Chez l'enfant, la rubéole se manifeste par une fièvre légère, de l'enflure des glandes derrière les oreilles et par l'apparition de rougeurs sur le visage puis sur le corps. Certains enfants peuvent n'être que très peu malades et n'avoir aucune rougeur. Cependant, si une femme enceinte non protégée contracte la rubéole, cela peut avoir des effets très nocifs pour le bébé. **Toute femme en âge de procréer doit donc s'assurer qu'elle est bien protégée**, soit qu'elle ait reçu le vaccin ou qu'on ait vérifié par une prise de sang la présence d'anticorps protecteurs.

Toute femme enceinte en contact avec la rubéole, et qui n'est pas protégée ou qui l'ignore, doit consulter son médecin immédiatement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés dès l'âge de 12 mois. Le vaccin contre la rubéole est généralement associé à ceux contre la rougeole et les oreillons.

Nos fiches nous indiquent que :

☐ Votre enfant est vacciné.

☐ Votre enfant n'est pas vacciné. Nous vous suggérons donc de contacter votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner s'il est âgé de 12 mois et plus.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, S.V.P., prévenez la garderie et consultez votre médecin ou votre CLSC.

Nous vous recommandons également de faire vacciner les autres proches de votre famille qui ne sont pas vaccinés.

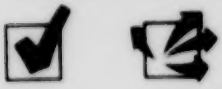
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : (___) _____

Salmonellose (incluant la typhoïde).


(Pour salmonellose)

(Pour typhoïde)

Informations générales

Généralités :

Infection bactérienne causée par une bactérie du genre *Salmonella*. Il y a de nombreux types de *Salmonella* pathogènes chez l'homme.

Tableau clinique :

- Souvent asymptomatique.
- La manifestation la plus fréquente est la gastro-entérite qui débute soudainement avec fièvre, frissons, diarrhée accompagnée de douleurs abdominales, de nausées et, parfois, de vomissements. Présence de diarrhée sanguinolante à l'occasion.
- La fièvre entérique, plus fréquente avec *Salmonella typhi* (typhoïde) et *S. paratyphi* (paratyphoïde), se présente sous forme de fièvre, atteinte de l'état générale, hépatosplénomégalie, etc.

Période d'incubation :

- 6 à 72 heures.
- Habituellement, 12 à 36 heures.
- Pour la fièvre entérique, la période d'incubation est de 3 à 60 jours. Habituellement, 7 à 14 jours.

Période de contagiosité :

Tant que l'organisme est présent dans les selles, c'est-à-dire de plusieurs jours à plusieurs semaines (rarement plus de 6 semaines après la gastro-entérite). Un état de porteur peut persister plusieurs mois, surtout chez les jeunes enfants. On appelle porteurs chroniques ceux chez qui l'infection dure plus d'un an. Les antibiotiques peuvent prolonger la période d'excrétion du microorganisme dans les selles.

Durée de la maladie :

— Habituellement, 2 à 5 jours.
— Rarement, 10 à 14 jours.

Modes de transmission :

— Par ingestion de bactéries contenues dans les aliments contaminés (exemples : œufs crus, viandes et volailles mal cuites) ou, plus rarement, dans l'eau contaminée. Tous les animaux peuvent être porteurs de *Salmonella*, mais seul l'homme est le réservoir du *Salmonella typhi*.
— De personne à personne, contact direct.
— Indirectement par des mains ou des objets contaminés, ou par des animaux infectés.

Points à surveiller en garderie :

— Groupe le plus atteint : les enfants de moins d'un an.
— Les porteurs asymptomatiques sont un réservoir important d'infection, surtout chez les jeunes enfants.
— Les épidémies à *Salmonella* sont peu fréquentes en garderie.

Réceptivité :

Générale, mais l'infection est plus fréquente chez les jeunes enfants, les personnes âgées, les gastrectomisés, les personnes souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique.

Complications :

— Déshydratation, parfois sévère chez les jeunes enfants.
— Septicémie. La septicémie est constante dans la fièvre entérique.
— Rarement : arthrite et ostéomyélite, méningite, etc.
— Décès : rare mais survient parfois chez les jeunes enfants, les personnes âgées ou les personnes atteintes de maladie chronique débilitante.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : culture des selles, hémocultures.
— Exceptionnelles : ponction de moelle.

Traitement :

— Spécifique :
- Gastro-entérite : ne pas donner d'antibiotiques, sauf chez les patients à risque d'une maladie invasive (exemple : enfant de moins de 2 ans).
- Maladie invasive (exemples : fièvre typhoïde, septicémie) : chloramphénicol, ampicilline, amoxycilline.

— De support : réhydratation.

N.B. — Ne pas utiliser d'antidiarrhéique.

Immunité :

— La maladie ne confère pas d'immunité.

— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visite à la garderie et enquête si nombre inhabituel de cas de diarrhée, sinon contact téléphonique seulement.

— Vérifier si une source commune de contagion est suspectée. Si oui, consulter la section sur les intoxications alimentaires.

— Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée, ainsi que les membres de la famille.

— Faire une culture de selles à tous les contacts symptomatiques. S'informer auprès du laboratoire pour les modalités.

— Vérifier s'il y a un lien entre l'infection et un animal présent à la garderie (ex : tortue) ; si tel est le cas, obtenir des cultures appropriées (eau de l'aquarium).

— Lettre explicative aux parents.

N.B. — S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, aviser immédiatement le chef du DSC qui prendra les mesures appropriées.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **Si symptomatique : exclusion jusqu'à la disparition des symptômes.**

— Si un seul sujet asymptomatique, et si plus de 2 ans, pas d'exclusion mais renforcer les mesures d'hygiène.

— **Si plusieurs sujets asymptomatiques, les inclure dans une cohorte jusqu'à culture négative des selles; seule solution de rechange à l'exclusion pour les enfants de moins de 2 ans (aux couches). Exclusion si le sujet redevient symptomatique.**

N.B. — S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, exclusion jusqu'à ce que trois selles consécutives, à 24 heures d'intervalle, soient négatives.

Contacts:

— **Si symptomatiques, exclusion jusqu'à résultat des cultures ou jusqu'à la fin des symptômes.**
— Si culture positive, voir Sujet.
— Si culture négative, voir Diarrhée épidémique.
— Si asymptomatiques, surveillance.

N.B. — S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, culture de selles pour tous les enfants de la garderie ainsi que pour le personnel. Si culture positive, exclusion.

Environnement:

— Renforcer les mesures d'hygiène générales et vérifier la technique de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne doivent pas préparer les aliments.

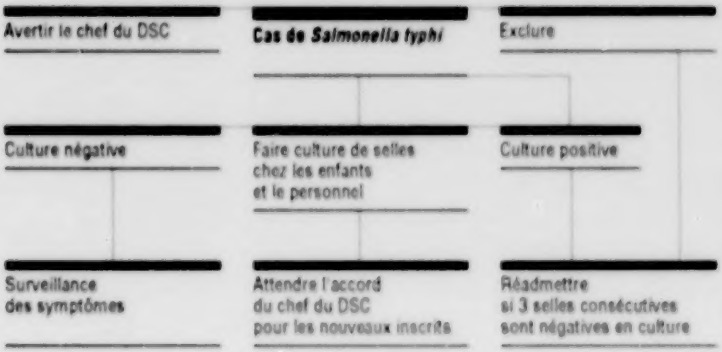
Suivi:

Culture et exclusion de tout nouveau cas symptomatique tant qu'il y a des enfants porteurs de *Salmonella* à la garderie. Culture de selles aux 6 semaines chez les membres de la cohorte jusqu'à ce que 2 cultures, à 24 heures d'intervalle, soient négatives. Ne pas admettre de nouveaux enfants tant que l'épidémie persiste. On peut réadmettre s'il n'existe que des porteurs asymptomatiques de plus de 2 ans ou s'il n'y a pas eu de cas secondaire pendant une période de 14 jours.

N.B. — S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, ne pas inscrire de nouveaux enfants tant que le chef du DSC n'aura pas donné son accord.

Arbre décisionnel

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Salmonellose (Salmonellose autre que *typhi*)

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Présentement, il y a à la garderie une épidémie de salmonellose. Cette maladie est causée par une bactérie et peut débuter soudainement par de la fièvre, de la diarrhée, des douleurs abdominales, des nausées et, parfois, du sang dans les selles. Cependant, certaines personnes peuvent être porteuses de la bactérie sans présenter de symptômes.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre directement ou indirectement par des objets contaminés (jouets), particulièrement lorsqu'il y a des cas de diarrhée. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches à cause de la non-acquisition d'habitudes d'hygiène à cet âge et de l'habitude de porter les objets à leur bouche.

Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et il est rarement recommandé d'administrer des antibiotiques.

☐ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour fins d'analyse. Veuillez retourner le prélèvement à

_____

☐ Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et de contacter

_____

Nous vous informerons ultérieurement des autres démarches à suivre, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Shigellose

Informations générales

Généralités :

Diarrhée bactérienne découlant d'une infection intestinale par des bactéries du genre *Shigella*. Il existe 4 espèces de *Shigella* :

— *Shigella dysenteriæ* ;
— *Shigella flexneri* ;
— *Shigella boydii* ;
— *Shigella sonnei*.

Tableau clinique :

Diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes intestinales. Dans les cas sévères, les selles peuvent contenir du sang, du mucus et/ou du pus.

Période d'incubation :

1 à 7 jours, habituellement de 1 à 3 jours.

Période de contagiosité :

Tant que la bactérie est présente dans les selles. Habituellement, la bactérie est complètement éliminée en dedans de 4 semaines suivant la maladie. L'antibiothérapie diminue la période d'excrétion dans les selles.

Durée de la maladie :

De quelques jours à quelques semaines, en moyenne de 4 à 7 jours.

Modes de transmission :

— Par ingestion d'organismes contenus dans l'eau ou dans les aliments contaminés, de personne à personne par contact direct ou indirectement par des mains et des doigts contaminés. Maladie très contagieuse car seulement quelques bactéries suffisent à transmettre la maladie.
— La transmission de personne à personne est plus fréquente en garderie.

Shigellose

— Les selles de l'être humain sont la seule source connue.

Points à surveiller en garderie :

— Maladie qui est surtout fréquente et plus sévère chez les enfants de 1 à 5 ans.

— Taux d'attaque très élevé en garderie et surtout chez les enfants aux couches.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

— Déshydratation suivie de désordre électrolytique pouvant entraîner le décès.

— Plus fréquentes chez les personnes débilitées.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : culture de selles.

Traitement :

— Spécifique :

• L'ampicilline, le triméthophrim-sulfaméthaxazole, la tétracycline et le chloramphénicol peuvent raccourcir la durée de la maladie ainsi que la durée d'excrétion de la bactérie dans les selles; le traitement devrait être utilisé si la sévérité de la maladie le justifie ou pour protéger les contacts lorsque nécessaire.

N.B. — Ne pas utiliser d'antidiarrhéique. Ne pas employer de tétracycline chez les enfants de 9 ans et moins.

— De support :

• Réhydratation et correction du déséquilibre électrolytique, s'il y a lieu.

Immunité :

— La maladie ne confère par d'immunité.

— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visite à la garderie dès qu'un cas est déclaré.
— Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée, ainsi que les membres de la famille.
— Un prélèvement de selles pour tous les contacts symptomatiques.
— Communiquer avec le laboratoire pour les modalités.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet :
— Si souche sensible, traitement avec ampicilline (pas d'amoxicilline) pendant 10 jours.
— Si souche résistante à l'ampicilline ou si sensibilité inconnue, traitement au triméthoprim-sulfaméthoxazole pendant 10 jours.
— **Exclusion** de la garderie jusqu'à ce que 2 cultures de selles, à 24 heures d'intervalle, se soient avérées négatives (les faire 72 à 96 heures après la fin du traitement). Seule la mise en place d'une **cohorte hermétique** pourrait permettre le retour des cas traités devenus asymptomatiques, avant l'échéance mentionnée ci-dessus.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Contacts :
— Si symptomatiques, **exclusion** jusqu'à résultat des cultures de selles :
  • si culture positive, voir Sujet ;
  • si culture négative, voir Diarrhée épidémique.
— Si asymptomatiques, surveillance.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène générale et vérifier la technique de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.
— Les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne doivent pas préparer les aliments.
— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Contrôler de près la réadmission à la garderie des personnes préalablement infectées.

— S'assurer que les porteurs de shigellose ne viennent pas en contact avec les individus non infectés.
— Cultures de selles aux 4 semaines à 24 heures d'intervalle pour les membres de la cohorte jusqu'à ce que 2 cultures consécutives soient négatives.
— Culture de selles systématique de tout nouveau cas de diarrhée.
— Ne pas admettre de nouveaux enfants tant que l'épidémie persiste. On peut considérer l'épidémie comme étant terminée s'il n'y a pas eu de nouveaux sujets symptomatiques pendant une période de 14 jours.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Shigellose

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Présentement, il y a à la garderie une personne souffrant de shigellose. Cette maladie est causée par une bactérie et elle se manifeste par des diarrhées abondantes et fréquentes, accompagnées de fièvre et de crampes abdominales et, parfois, de sang, de mucus ou de pus dans les selles.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre directement ou indirectement par des objets contaminés (jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches à cause de la non-acquisition d'habitudes d'hygiène à cet âge et de l'habitude de porter les objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et à administrer des antibiotiques.

☐ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour fins d'analyse. Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

☐ Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et de contacter :

_____

Nous vous informerons ultérieurement des autres démarches à suivre, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise)

Informations générales

Généralités :

— Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est la situation clinique qui correspond au stade avancé de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

— Un enfant ou un adulte peut avoir été infecté par le virus VIH et être soit asymptomatique, peu symptomatique ou développer le SIDA.

Tableau clinique :

— Pneumonie interstitielle.
— Lymphadénopathies généralisées.
— Perte de poids.
— Sarcome de Kaposi (rare chez l'enfant).
— Diarrhée chronique.
— Œsophagite à *Candida albicans*.
— Lymphome non Hodgkinien.
— Autres.

Période d'incubation :

Des mois ou des années.

Période de contagiosité :

Inconnue, probablement permanente.

Durée de la maladie :

40 % des enfants atteints du SIDA sont morts au cours des 6 mois suivant le diagnostic et plus de 75 % le seront en dedans de 2 ans.

Modes de transmission :

— Congénital (de la mère à l'enfant).

— Transfusion de sang et ses dérivés.
— Contact sexuel.
— Introduction percutanée d'aiguilles contaminées.
— Transmission par le lait maternel (un (1) cas documenté).

Aucun autre mode de transmission observé (urine, salive, larmes).

Points à surveiller en garderie :

Aucun cas de transmission du virus VIH n'a été rapporté en garderie. Un risque théorique de transmission existe pour l'enfant porteur VIH, qui a un comportement agressif.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Ce sont celles des maladies opportunistes.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : présentation clinique typique (maladie opportuniste) associée à une sérologie positive pour le VIH (ELISA, Western blot, RIPA, IFA) et un effondrement de l'immunité liée aux cellules T.

Traitement :

— Spécifique :
En essai clinique : azidothymidine (AZT).
— De support :
Traitement des néoplasies et des infections opportunistes.

Immunité :

— La présence d'anticorps confirme l'infection mais ne semble pas apporter une protection.
— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

Lorsqu'un enfant a une sérologie positive, les parents devraient en informer le responsable de la garderie, ceci pour que l'enfant reçoive les

soins nécessaires à son état et pour pouvoir détecter tout changement de comportement qui influencerait le potentiel de transmission de l'infection. Le droit de l'enfant et de ses parents à la confidentialité doit être respecté.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— **La décision quant à l'admission ou à l'exclusion d'un enfant infecté par le VIH doit être prise par le chef du DSC, en collaboration avec le médecin traitant et les parents.**

— Les facteurs suivants doivent être considérés :
- l'incontinence ;
- les caractéristiques organisationnelles de la garderie ;
- la tendance à mordre de façon répétée et incontrôlée ;
- la présence de lésions suintantes ;
- l'oralité propre aux jeunes enfants (réflexe de tout porter à la bouche), l'incontinence. Ces derniers sont souvent présents chez les enfants de moins de 3 ans ;
- la présence d'immunodéficience.

Contacts :

Toute procédure ayant pour but de dépister les enfants ou le personnel pouvant être contaminés par le VIH est fortement déconseillée. La sérologie ne doit être demandée que si des signes cliniques et épidémiologiques le justifient.

Environnement :

— S'assurer que les procédures recommandées pour la disposition du matériel souillé par le sang ou autres liquides organiques sont suivies, entre autres le nettoyage des surfaces contaminées avec de l'eau de Javel (*cf.* chapitre 2.4).

— Quoique la transmission par la salive n'ait pas été démontrée, il est préférable, par mesure de précaution, de faire en sorte que les objets que le sujet porte à sa bouche ne soient pas partagés par les autres enfants.

Suivi :

— Assurer au personnel un support adéquat.

— Séances d'information auprès des parents et du personnel, si nécessaire.

Tétanos

Informations générales

Généralités :

Maladie bactérienne aiguë se caractérisant par des contractions musculaires douloureuses dues à la toxine du bacille tétanique.

Tableau clinique :

— Contractions musculaires douloureuses du masseter (trismus), raideur de la langue, difficulté à avaler.
— Rigidité des muscles abdominaux.
— Risus sardonique, opisthotonos, convulsions.

Période d'incubation :

3 à 21 jours.

Période de contagiosité :

Ne se transmet pas de personne à personne.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

On retrouve la spore du bacille partout dans l'environnement, y compris chez l'être humain. Elle pénètre dans l'organisme lors d'une blessure mineure contaminée par de la terre, de la poussière, des fèces d'humains ou d'animaux.

Points à surveiller en garderie :

Aucun.

Réceptivité :

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate.

Complications :

Décès. Cette complication est plus fréquente chez les enfants en bas âge et chez les personnes âgées.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.

Traitement :

— Spécifique :
- Débridement de la plaie.
- Immunoglobuline antitétanique humaine.
- Antibiothérapie parentérale.

— De support :
- Intubation.
- Contrôle du spasme musculaire.
- Contrôle de l'hyperactivité sympathique.
- Diminution des stimuli.

Immunité :

— **La maladie peut ne pas conférer d'immunité.**

— Une vaccination adéquate confère une bonne immunité.

Interventions

Enquête :

Ne s'applique pas.

Mesures de contrôle :

— La maladie ne se transmet pas de personne à personne.

— Profiter de l'occasion pour mettre à jour la vaccination des enfants et des membres du personnel.

Suivi :

— Immuniser le sujet après la convalescence car la maladie ne confère pas nécessairement une immunité.

— Revoir avec l'équipe de la garderie la conduite à suivre en cas de blessures.

Tinea capitis (infection à)

Informations générales

Généralités :

Infection mycotique du cuir chevelu, communément appelée teigne. Les 2 champignons les plus souvent impliqués : *Trichophyton tonsurans* et *Microsporum sp.*

Tableau clinique :

— Petite papule, laissant des plaques squameuses.
— Alopécie.
— Cheveux cassants et se brisant facilement, parfois lésions suppuratives. Dans les lésions sévères, fièvre et lymphadénopathie.
— Peut se présenter par des pertes de cheveux entraînant des zones dénudées du cuir chevelu.

Période d'incubation :

10 à 14 jours.

Période de contagiosité :

Aussi longtemps que les lésions persistent.

Durée de la maladie :

Tant qu'il n'y a pas eu de traitement efficace.

Modes de transmission :

Par contact direct, peau à peau. Par contact indirect avec des objets contaminés, avec des cheveux humains ou des poils d'animaux infectés. À noter que le microsporum se transmet de l'animal à l'homme, tandis que le trichophyton se transmet de personne à personne.

Points à surveiller en garderie :

Une épidémie de *tinea capitis* a déjà été décrite en garderie.

Réceptivité :

Générale. Maximale entre 2 et 10 ans.

Complications :

Plaques d'alopécie permanente du cuir chevelu.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen du cuir chevelu, si possible avec une lampe de Wood, démonstration au microscope du champignon entre lame et lamelle.
— Exceptionnelles : culture.

Traitement :

— Spécifique : kétoconazole ou griséofulvine pendant 4 à 8 semaines, associé ou non à un antifongique topique.
— De support : ne s'applique pas.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

— Intervenir si plus d'un enfant présente une perte de cheveux s'accompagnant d'une zone dénudée du cuir chevelu.
— Identifier les contacts : toutes les personnes de la garderie et de l'entourage immédiat du sujet durant sa période de contagiosité.
— Identifier les sources possibles de contamination dans l'entourage de l'enfant, c'est-à-dire les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens, et les faire examiner par le vétérinaire et traiter, si nécessaire.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie.
— Traitement antifongique.

Contacts :

Examiner ou faire examiner par un médecin.

Environnement :

— S'assurer que les brosses et peignes ayant été en contact avec des cheveux ou poils infectés soient nettoyés et stérilisés.

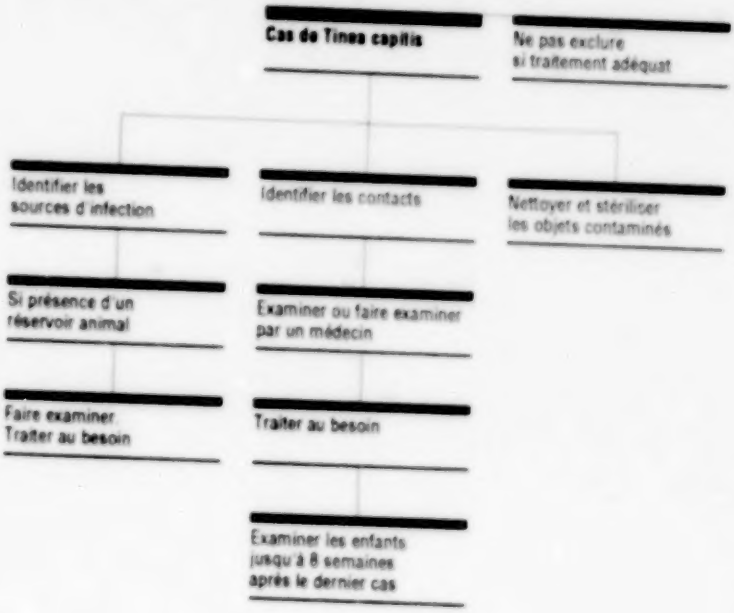
— S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs peignes, brosses à cheveux et chapeaux.

Suivi :

— S'assurer que le sujet soit adéquatement traité.

— Examiner les enfants fréquentant la garderie à intervalles réguliers pour identifier les nouveaux cas et ce, jusqu'à 8 semaines après le dernier cas.

Arbre décisionnel



Tinea corporis (infection à)

Informations générales

Généralités :

Infection mycotique qui atteint toutes les parties du corps, à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses et des pieds.

Tableau clinique :

Lésions annulaires plates. La périphérie est rougeâtre, vésiculaire, peut être sèche et squameuse ou humide et croûteuses.

Période d'incubation :

4 à 10 jours.

Période de contagiosité :

Aussi longtemps que les lésions persistent.

Durée de la maladie :

Tant qu'il n'y a pas de traitement efficace.

Modes de transmission :

— Par contact direct avec les lésions des personnes et des animaux infectés.
— Par contact indirect avec des objets contaminés.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Aucune.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : le diagnostic présumé se fait au microscope après une décoloration dans l'hydroxyde de potassium.
— Exceptionnelles : culture.

Traitement :

— Spécifique : antifongique topique associé ou non à thérapie orale kétoconazole ou griséofulvine.
— De support : bain à l'eau savonneuse facilite le débridement des squames.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

Identifier les contacts, soit toutes les personnes du même groupe à la garderie et de l'entourage immédiat du sujet durant sa période de contagiosité.

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Exclure de la garderie jusqu'à ce qu'un traitement adéquat soit amorcé.
— L'enfant ne devra pas fréquenter le gymnase et la piscine jusqu'à la cicatrisation de ses lésions.

Contacts :

Examiner ou faire examiner par un médecin.

Environnement :

— S'assurer que tout ce qui a été en contact avec la personne infectée soit nettoyé et stérilisé.
— Les animaux domestiques doivent être examinés par le vétérinaire et traités, si nécessaire.

Suivi :

S'assurer que le sujet soit adéquatement traité.

Arbre décisionnel

Tuberculose

Informations générales

Généralités :

Infection causée par le *Mycobacterium tuberculosis*. Lors de l'introduction du bacille dans le système respiratoire chez l'humain, il se produit une tuberculose-infection (primoinfection) suivie ou non d'une tuberculose-maladie.

Tableau clinique :

— 95 % des tuberculoses-infections sont asymptomatiques.

— Dans la tuberculose-maladie, les manifestations cliniques et radiologiques varient selon l'âge. Les symptômes sont peu spécifiques et insidieux : anorexie, fatigue, sudation nocturne, fièvre intermittente, toux et expectorations (rares chez les enfants). La maladie se localise le plus souvent au niveau du poumon.

Période de contagiosité :

La primoinfection est rarement contagieuse. La tuberculose-maladie pulmonaire est généralement peu contagieuse chez l'enfant. Même chez l'adulte, la contagiosité disparaît 2 à 3 semaines après le début d'un traitement efficace.

Durée de la maladie :

Variable.

Modes de transmission :

Par inhalation d'aérosols (gouttelettes) provenant d'une personne atteinte par la maladie (ordinairement des adultes). La transmission par ingestion de lait contaminé est peu probable au Canada.

N.B. — À la suite d'une primoinfection dans la majorité des cas, le PPD 5 U.T. sera significatif (induration de 10 mm et plus). Le sujet risque cependant de faire éventuellement une tuberculose-maladie par réactivation du B.K., s'il n'est pas soumis à une chimioprophylaxie.

Points à surveiller en garderie :

Les enfants originaires des zones endémiques risquent de développer la maladie. En garderie, lorsqu'il y a transmission de l'infection, elle se fait d'un adulte vers un enfant et non d'un enfant vers un adulte, ni d'un enfant vers un autre enfant.

Réceptivité :

Générale. Le risque de développer la maladie est plus élevé chez les enfants souffrant de malnutrition et les immunodéprimés. Les enfants de moins de 3 ans sont plus susceptibles de contracter l'infection.

Complications :

Les plus fréquentes sont la pleurésie tuberculeuse, la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire. Le risque de complication est plus élevé chez les enfants de moins de 3 ans.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : le test tuberculinique PPD 5 U.T., le frottis, la culture.
— Exceptionnelles : biopsie et bronchoscopie.

Traitement :

— Spécifique :
  • Traitement préventif : INH x 12 mois.
  • Traitement curatif : 2-3 antituberculeux pour une période de 9-12 mois.
— De support :
  • Dépend de la gravité de la maladie.

Immunité :

— L'immunité conférée par le vaccin est un sujet de controverse. Les études ont démontré un taux de protection de 0 % à 80 %.
— A la suite d'une primoinfection, il existe une immunité face aux réinfections, mais une réactivation est toujours possible.

Interventions

Enquête :

— Identifier les contacts, c'est-à-dire le personnel, les membres de la famille et les enfants du même groupe qui ont été en contact étroit

et prolongé avec le sujet. Les mesures de contrôle sont variet s'il s'agit d'une tuberculose-infection ou d'une tuberculose-maladie, ou si la maladie survient chez un adulte ou chez un enfant.

— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

1) Tuberculose-infection :

a) Chez un enfant :

Sujet :

— Ne pas exclure de la garderie.

— Traitement préventif.

Contacts :

Rechercher le cas index (tuberculose-maladie) dans le milieu familial puis, si nécessaire, dans les autres milieux fréquentés par l'enfant : garderie, école, etc. La tuberculose-infection n'étant pas contagieuse, le risque de transmission est inexistant.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène.

b) Chez un adulte :

Sujet :

— Ne pas exclure.

— Traitement préventif.

Contacts :

Aucune intervention.

Environnement :

Aucune intervention.

2) Tuberculose-maladie pulmonaire :

La conduite est la même qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

Sujet :

— Exclure jusqu'à la fin de la période de contagiosité.

— Traitement curatif.

Contacts :

— Le but de l'investigation est de rechercher le cas index et d'identifier les contacts qui ont pu être contaminés. L'investigation se déroule autour de trois éléments :
- épreuve de sensibilité à la tuberculine ;
- la radiographie pulmonaire ;
- l'évaluation médicale.

Environnement :

— Bien aérer et humidifier les pièces.
— Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.
— Désinfecter les jouets contaminés.

3) Tuberculose-maladie extra-pulmonaire :

La conduite est la même qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

Sujet :

— Ne pas exclure.
— Traitement.

Contacts :

Aucune intervention.

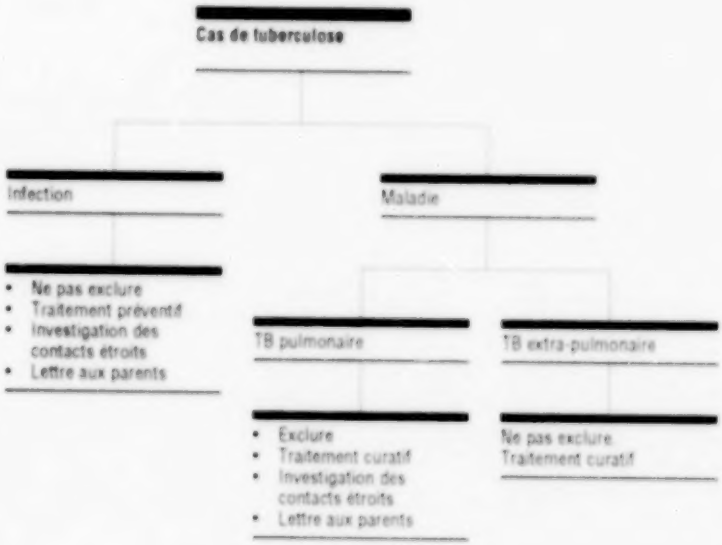
Environnement :

Aucune intervention.

Suivi :

Renforcer les mesures d'hygiène.

Arbre décisionnel



Lettre aux parents

Tuberculose pulmonaire

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Une personne de la garderie a une tuberculose. La tuberculose est une infection qui, en général, ne donne aucun symptôme et se détecte par un test appelé « Test tuberculinique (PPD 5 U.T.) ». Cette infection peut mener, plusieurs mois à plusieurs années plus tard, à une maladie qui se localise le plus souvent aux poumons et se manifester par de la fatigue, de la fièvre, une perte de poids, de la toux, des crachats. De nos jours, il existe des médicaments efficaces pour traiter cette maladie.

Les enfants ayant été en contact fréquent et prolongé avec un patient tuberculeux peuvent s'infecter. C'est pourquoi il est recommandé d'effectuer, le plus tôt possible, le test ci-haut mentionné. Une radiographie pulmonaire peut aussi être recommandée. D'après le résultat de l'investigation, l'enfant en contact devra prendre un traitement préventif pour une durée de 3 à 12 mois.

Un intervenant du DSC ou du CLSC vous contactera dans les plus brefs délais pour discuter de cette lettre et vous permettre d'effectuer la démarche recommandée.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone (___) _____

Varicelle

Informations générales

Généralités :

Primoinfection causée par un virus du groupe Herpès, appelé *varicella-zoster*. Une réactivation du virus peut survenir plus tard et causer une maladie appelée zona.

Tableau clinique :

Éruption maculopapulaire devenant rapidement vésiculaire, généralisée et prurigineuse. Fièvre légère. Maladie plus sévère chez l'adulte.

Période d'incubation :

2 à 3 semaines, le plus souvent 13 à 17 jours.

Période de contagiosité :

Maladie très contagieuse 1 à 2 jours avant et jusqu'à 6 jours après le début de l'éruption.

Durée de la maladie :

Évolue habituellement vers la guérison entre 7 et 10 jours.

Modes de transmission :

— L'homme est la seule source d'infection.
— La transmission se fait de personne à personne par contact direct ou par gouttelettes infectées.
— Une personne atteinte de zona peut, par contact direct, transmettre le virus de la varicelle.

Points à surveiller en garderie :

Si un cas survient en garderie, il est probable que la plupart des autres enfants réceptifs contracteront la maladie. Mais il est préférable, pour une personne en bonne santé, de faire la maladie enfant plutôt qu'adulte.

Varicelle

Réceptivité :

Générale

Complications :

Rares mais variées : surinfection bactérienne, thrombocytopénie, arthrite, hépatite, encéphalite, syndrome de Reye. Varicelle sévère chez les individus immunodéprimés : méningite, néphrite, pneumonie chez l'adulte.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : tableau clinique.
— Exceptionnelles : culture, grattage de lésion et recherche de cellules géantes multinucléées au frottis. Sérologie.

Traitement :

— Spécifique : vidarabine, acyclovir, réservé aux individus immunodéprimés.
— De support : antiprurigineux, acétaminophène si fièvre.

Pas d'acide acétylsalicylique (AAS). Attention : de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association.

Immunité :

— Un vaccin vivant atténué est en essai clinique actuellement.
— A la suite d'un contact, une immunité temporaire (3 semaines) peut être procurée par l'administration de gammaglobulines hyperimmunes (VZIG) lorsque données dans les 96 heures qui suivent le contact et, de préférence, dès les premières 48 heures.
— La maladie confère une immunité permanente mais une réactivation du virus sous forme de zona est possible.

Interventions

Enquête :

— Identifier les contacts adultes réceptifs et les enfants immunodéprimés réceptifs.
— Tout individu qui a partagé pendant au moins 1 heure la même pièce que le cas index doit être considéré comme un contact.
— Remettre une lettre explicative aux parents.

Mesures de contrôle :

Sujet

— Garder l'enfant à la maison jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses (environ 7 jours après le début de l'éruption). Dans les cas peu sévères, les lésions peuvent se recouvrir d'une croûte plus rapidement. L'enfant peut alors retourner plus tôt à la garderie.

— S'il s'agit d'un enfant immunodéprimé, dirigez-le vers son médecin pour un traitement avec un agent antiviral.

Contacts

Pour les contacts immunodéprimés réceptifs, diriger vers leur médecin immédiatement pour administration d'immunoglobulines hyperimmunes (VZIG). Ces contacts à risque ne devraient revenir à la garderie que 8 semaines après le dernier cas déclaré de varicelle.

Environnement :

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi :

Si présence d'individus immunodéprimés à la garderie, s'assurer que les nouveaux inscrits réceptifs n'ont pas été en contact avec la varicelle au cours des 8 semaines précédentes.

N.B. — Si la maladie survient chez un membre du personnel, l'exclure jusqu'à guérison.

Avec l'accord des parents et s'il n'y a aucun enfant immunodéprimé réceptif à la garderie, il peut être décidé d'accepter dans cette garderie les enfants infectés par le virus de la varicelle, même pendant la contagion, s'ils sont capables de participer aux activités de la garderie.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Varicelle

Lieu _____

Date _____

Cher(s) parent(s),

Un enfant de la garderie a développé une varicelle (picotte). La varicelle est une des maladies les plus contagieuses, mais qui ne présente habituellement pas de problèmes pour les enfants en bonne santé.

Cependant, si votre enfant prend des médicaments (cortisone, médicaments contre le cancer) ou souffre d'une maladie (leucémie, SIDA) qui diminuent ses défenses contre les infections, votre médecin vous a sans doute avisé que la varicelle peut être plus sérieuse pour lui. Si c'est le cas, nous vous suggérons de communiquer dans les 24 heures qui suivent la réception de cette lettre avec votre médecin pour lui expliquer la situation.

Description de la maladie

De la fièvre et une éruption commencent 14 à 20 jours après le contact avec une personne contagieuse. L'éruption débute par des lésions rouges sur le thorax et s'étend vers les extrémités. Ces lésions se recouvrent rapidement de vésicules (bulles) et après quelques jours, se forment des croûtes qui causent des démangeaisons importantes.

(suite à la prochaine page)

Varicelle

Suite : Contagion (4)

Les enfants sont contagieux de 1 à 2 jours avant l'apparition de l'éruption et jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses.

Si votre enfant développe la maladie, nous vous conseillons de communiquer avec votre médecin ou votre CLSC. Votre enfant pourra revenir à la garderie une fois que ses lésions seront croûteuses (environ 7 jours).

N.B. — **Ne pas donner d'acide acétylsalicylique (aspirine) à votre enfant.** S'il fait de la fièvre, utiliser de l'acétaminophène (exemples : Tylenol, Tempra, Exdol, Atasol).

Attention : de nombreux produits peuvent contenir de l'acide acétylsalicylique en association. Informez-vous auprès de votre pharmacien.

Merci de votre collaboration.

Nom _____
(en lettres moulées)

Signature _____

Téléphone ( ) _____

Verrues

Informations générales

Généralités :

Infection virale causée par un papovavirus.

Tableau clinique :

Papule à surface cornée dont l'apparence varie selon la région du corps affectée.

Période d'incubation :

Environ 4 mois.

Période de contagiosité :

Inconnue. Persiste probablement tant qu'il y a des lésions.

Durée de la maladie :

La disparition spontanée est fréquente. Le traitement raccourcit la durée.

Modes de transmission :

Généralement par contact direct, ou par contact indirect avec des objets contaminés (planchers). L'auto-inoculation est fréquente.

Points à surveiller en garderie :

Aucun de connu.

Réceptivité :

Générale.

Complications :

Maladie bénigne guérissant sans séquelles.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : examen clinique.
— Exceptionnelles : examen microscopique des lésions.

Traitement :

— Spécifique : chimiothérapie locale, cryothérapie, électrodessication et curetage.
— De support : aucun.

Immunité :

La maladie ne confère pas d'immunité.

Interventions

Enquête :

Aucune.

Mesures de contrôle :

Sujet :
Ne pas exclure de la garderie.

Contacts :
Éviter le contact direct avec les lésions des personnes infectées.

Environnement :

Aucune mesure.

Suivi :

Profiter de l'occasion pour rappeler aux enfants et au personnel de ne pas marcher pieds nus dans les endroits publics.

Yersiniose

Informations générales

Généralités :

Maladie entérique causée par une bactérie du genre *Yersinia*, autre que *Yersinia pestis* (responsable de la peste). Il existe deux types de *Yersinia* responsables de cette condition chez l'homme :

— *Yersinia pseudotuberculosis* ;

— *Yersinia enterocolitica*.

Tableau clinique :

Maladie entérique aiguë qui se caractérise par de la diarrhée (surtout chez les jeunes enfants), une entérocolite ou une lymphadénite mésentérique pouvant être confondue avec une appendicite. Il peut y avoir présence de fièvre, de céphalées, de pharyngite, d'anorexie et de vomissements.

Période d'incubation :

Habituellement de 3 à 7 jours, généralement moins de 10 jours.

Période de contagiosité :

La bactérie est excrétée dans les selles tout au long de la maladie jusqu'à disparition des symptômes. Il existe peut-être aussi un état de porteur chronique.

Durée de la maladie :

Habituellement, moins d'une semaine.

Modes de transmission :

Voie fécale-orale :

— par contact direct avec des personnes ou des animaux infectés ;

— parfois, par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.

Points à surveiller en garderie :

— Aucune épidémie de cette maladie n'a été rapportée en garderie à ce jour.

— *Y. Enterocolitica* est, de très loin, plus fréquent que *Y. pseudotuberculosis* chez les jeunes enfants.

Réceptivité :

Générale, mais maladie plus sévère chez les adolescents et les adultes.

Complications :

— Chez les adultes, et particulièrement chez les femmes, on retrouve un érythème noueux dans 20 % à 25 % des cas.

— Les autres complications possibles sont l'arthrite, les ulcérations cutanées et les septicémies.

Méthodes diagnostiques :

— Habituelles : culture de selles.

— Exceptionnelles : hémoculture dans le cas d'infection généralisée.

Traitement :

— Spécifique : dans les cas de sévérité modérée, le traitement au triméthophrim-sulfaméthoxazole est recommandé. Les cas sévères sont hospitalisés. Un traitement parentéral aux antibiotiques peut être indiqué.

— De support : symptomatique, réhydratation.

N.B. — Ne pas utiliser d'antidiarrhéique.

Immunité :

— La maladie ne confère pas l'immunité.

— Aucun vaccin disponible.

Interventions

Enquête :

— Visite à la garderie et enquête si nombre inhabituel de cas de diarrhée. Sinon, contact téléphonique seulement.

— Considérer comme contacts les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas

de diarrhée, et aussi les membres de la famille. Faire un prélèvement de selles aux contacts symptomatiques.

— Les animaux domestiques peuvent être également une source d'infection.

— Communiquer avec le laboratoire pour les modalités.

— Enquête alimentaire si plusieurs cas simultanément (voir section sur les intoxications alimentaires).

Mesures de contrôle :

Sujet :

— Traitement avec un triméthophrim-sulfaméthoxazole.

— **Exclusion jusqu'à disparition de la diarrhée.**

— Si un seul sujet asymptomatique et si plus de 2 ans, pas d'exclusion mais renforcer les mesures d'hygiène.

— **Si plusieurs sujets asymptomatiques, les inclure dans une cohorte** jusqu'à ce que le résultat des cultures soit négatif, seule solution de rechange à l'exclusion pour les enfants de moins de 2 ans (aux couches).

Contacts :

— **Si symptomatiques, exclusion jusqu'à résultat des cultures de selles :**
  • si culture positive, voir Sujet,
  • si culture négative, voir Diarrhée épidémique.

— Si asymptomatiques, aucune intervention.

Environnement :

— Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier les techniques de changement de couches. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

— Désinfection du matériel utilisé à la garderie, incluant les jouets. Voir ***Des enfants gardés... en santé***.

Suivi :

— Il faut surveiller la garderie jusqu'à ce que les cas infectés aient eu au moins une culture de selles négative, 7 jours ou plus après l'arrêt des antibiotiques.

— On peut recommencer à admettre de nouveaux enfants à la garderie s'il n'y a pas eu de nouveaux cas sur une période de 14 jours.

Arbre décisionnel

Lettre aux parents

Yersiniose

Lieu : _____

Date : _____

Cher(s) parent(s),

Présentement, il y a à la garderie une personne souffrant de yersiniose. Cette maladie est causée par une bactérie et elle se manifeste par de la diarrhée, et peut ressembler à une appendicite. Il peut en outre y avoir de la fièvre et des vomissements.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre directement ou indirectement par des objets contaminés (jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches à cause de la non-acquisition d'habitudes d'hygiène à cet âge et de l'habitude de porter les objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et à administrer des antibiotiques.

☐ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour fins d'analyse. Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

☐ Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et veuillez contacter :

_____

Nous vous informerons ultérieurement des autres démarches à suivre, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : (___) _____

Pièce jointe

Conclusion

Les différentes étapes qu'a nécessité l'élaboration de cet ouvrage n'ont pas toujours été franchies sans peine. Les intérêts des enfants, ceux des parents et de la santé publique ont été simultanément considérés.

Destiné aux professionnelles et aux professionnels de la santé, ce guide devrait leur permettre d'exercer pleinement leur mission de prévention et de contrôle en matière de santé publique.

Le contrôle des infections en garderie ne doit pas être dissocié des programmes de prévention et de soins primaires. Entre autres, le calendrier de vaccination devra être respecté et appliqué avec vigilance afin de contrôler, sinon d'enrayer certaines maladies infectieuses que l'on peut prévenir grâce à la vaccination.

Avec la collaboration des services de garde, les organismes de santé devraient pouvoir minimiser la transmission des infections en garderie et assurer ainsi aux enfants la protection et le bien-être essentiels à leur développement.

Glossaire

Anticorps

Globuline élaborée en réponse à un antigène spécifique, et capable de le neutraliser ou même de le détruire.

Antigène

Substance étrangère pour l'organisme, pouvant provoquer une réponse immunitaire (ex.: virus, bactérie).

Antisepsie

Prévention de l'infection par l'inhibition ou la destruction des agents infectieux.

Antitoxine

Anticorps contre la toxine d'un microorganisme, qui permet de neutraliser la toxicité de l'agent.

Asepsie

Absence de microorganisme infectieux.

Cas index

Premier sujet atteint par l'épidémie.

Cas secondaire

Nouveau cas de maladie chez les contacts.

Cohorte (contrôle des infections)

Dans la mesure du possible, groupe formé exclusivement d'enfants infectés par le même microorganisme. La salle disponible pour la cohorte devra disposer d'installations indépendantes du reste de la garderie, c'est-à-dire lavabo, toilette, salle à manger, jeux.

Idéalement, le personnel affecté à la cohorte n'a pas à prendre soin des autres enfants de la garderie; on parle alors de cohorte hermétique. Des mesures d'hygiène strictes doivent toujours être observées. Les enfants réintègrent les groupes réguliers de la garderie dès qu'ils ne sont plus infectés.

Colonisation

Voir Commensalisme

Commensalisme

Association d'organismes d'espèces différentes, profitables pour l'un d'eux et sans danger pour l'autre. Le terme « colonisation » est assez souvent utilisé pour définir le commensalisme bactérien.

Contact

En santé publique, il s'agit de tout individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion d'acquérir l'agent infectieux.

Contact domestique

Personne vivant sous le même toit que le cas index.

Contagion

Transmision d'un agent infectieux d'un sujet malade ou d'un porteur sain à un hôte réceptif.

Contagiosité

Caractère de ce qui est contagieux.

Contrôle

L'ensemble des mesures de santé visant à réduire la fréquence d'une maladie.

Désinfection

Destruction des agents infectieux à la surface d'un objet, le plus souvent, par des moyens chimiques.

Diarrhée

À des fins de surveillance et pour uniformiser la déclaration des enfants malades, nous recommandons d'utiliser la définition suivante : « La présence de selles au double de sa fréquence habituelle ou un changement de la consistance vers des selles liquides ». Un cas nouveau est tout épisode de diarrhée précédé d'au moins une semaine sans symptôme de maladie.

Endémie

Présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une région donnée.

Enquête épidémiologique

Investigation d'une épidémie, qui comprend principalement :

— la vérification du diagnostic ;
— la vérification de l'existence de l'épidémie ;
— la description de l'épidémie ;
— la formulation d'hypothèses et leur validation avant l'intervention ;
— l'identification des groupes cibles susceptibles de subir une intervention.

Épidémie

Apparition inhabituelle d'une maladie en tant que phénomène de groupe limité dans le temps et dans l'espace.

Éradication

L'ensemble des mesures de santé visant à supprimer une maladie.

Facteur de risque

Caractéristique de sujet, de temps ou de lieu représentant une proportion définie de l'ensemble des facteurs étiologiques, qui peut être modifiée (contrôlée) par un programme de santé (prévention, thérapeutique ou autres mesures).

Garde en milieu familial*

Service de garde fourni par une personne physique, contre rémunération, dans une résidence privée où elle reçoit au plus quatre enfants incluant ses enfants ou, si elle est assistée d'une autre personne adulte, au plus neuf enfants, pour des périodes qui peuvent excéder 24 heures consécutives.

* *Loi sur les services de garde à l'enfance* — 1er novembre 1980.

Garderie*

Service de garde fourni dans une installation où on reçoit au moins 10 enfants de façon régulière et pour des périodes qui n'excèdent pas 24 heures consécutives.

Groupe (à la garderie)

Sont considérés du même groupe les enfants qui sont ensemble plus de 10 heures par semaines.

Halte-garderie*

Service de garde fourni dans une installation où on reçoit au moins 10 enfants de façon occasionnelle et pour des périodes qui n'excèdent pas 24 heures consécutives.

Hôte

Être humain ou animal qui entretient ou héberge un agent infectieux.

Immunité

Résistance naturelle ou acquise d'une personne à un agent infectieux.

Immunodéficience

Incapacité à produire une réponse immunologique adéquate vis-à-vis d'un antigène (ou agent).

Immunodéprimé

Personne qui souffre d'immunodéficience.

Incidence

Ensemble de cas nouveaux qui apparaissent dans une population au cours d'une période donnée. Elle s'exprime sous forme de taux.

Incubation

Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition du premier signe ou symptôme de la maladie chez l'hôte.

Infection

L'entrée et la multiplication d'un agent infectieux dans les tissus d'un être humain ou d'un animal. L'infection peut être asymptomatique.

---

* *Loi sur les services de garde à l'enfance* — 1er novembre 1980.

Infestation

Présence, développement et reproduction d'arthropodes sur le corps ou dans les vêtements.

Inflammation

Réponse normale des tissus lors de l'entrée d'un agent dans l'organisme. Elle se caractérise par la dilatation des capillaires, la libération de substances ou médiateurs chimiques et la mobilisation des cellules de défense.

Intoxication

Introduction ou accumulation spontanée d'une substance toxique (produite ou non par un agent infectieux) dans l'organisme.

Liquide organique

Liquide biologique tel que mucus, sperme, urine, fèces, salive, vomissures.

Maladie à déclaration obligatoire

Maladie devant être déclarée par le personnel médical au Département de santé communautaire du territoire (*Loi de la protection de la santé publique*, 1er octobre 1985).

Maladie infectieuse

Maladie de l'être humain ou des animaux, due à une infection.

Nourrisson

Enfant âgé de moins de 13 mois.

Parasitisme

Condition d'un être vivant (parasite) qui vit aux dépens d'un autre (appelé, hôte), lui portant préjudice.

Période de contagiosité (ou de contagion)

Période durant laquelle une personne ou un animal infecté peut transmettre l'infection.

Porteur (sain)

Personne ou animal infecté sans signe clinique de la maladie, qui est une source potentielle d'infection pour l'homme ou les animaux.

Prévalence

Nombre total des cas (nouveaux et anciens) dans une population, à un moment précis dans le temps. Elle s'exprime sous forme de taux.

Prévention

Tout acte destiné à éviter des phénomènes attendus.

Prévention primaire

Toute mesure de santé prise pour éviter l'apparition et la propagation d'une maladie (réduire l'incidence). Exemples: l'immunisation, le lavage des mains, etc.

Prévention secondaire

Toute mesure de santé prise pour éviter le progrès ou la durée d'une maladie (réduire la prévalence). Exemples: le dépistage du strabisme, le traitement des cas de *tinea*, etc.

Prévention tertiaire

Toute mesure de santé prise pour éviter la détérioration ou l'incapacité résultant d'une maladie. Exemple: soins aux handicapés physiques ou mentaux.

Primoinfection

Envahissement de l'organisme, pour la première fois, par un agent infectieux; se dit surtout de la tuberculose.

Prophylaxie

Partie de la thérapeutique qui a pour objet de prévenir le développement des maladies.

Réceptivité

État d'une personne dont la résistance à un pathogène particulier est insuffisante pour prévenir la maladie après l'exposition.

Réponse immunitaire

L'activation, contre un agent, des mécanismes de défense de l'organisme (tels que la mobilisation de cellules, la phagocytose, la production de substances et d'anticorps).

Réservoir

Tout être humain, animal, arthropode, plante ou matière inanimée où un agent infectieux est capable de vivre pendant une période relativement prolongée, de se reproduire et d'être transmis à un nouvel hôte.

Risque

Probabilité qu'une personne ayant certaines caractéristiques acquière une maladie donnée.

Surveillance

Évaluation continuelle de la présence et de la distribution d'un phénomène de masse (maladie).

Taux

Rapport entre le nombre d'individus possédant un caractère donné (la maladie) et l'ensemble de la population, dans un temps donné. Par exemple, le taux de diarrhée parmi les enfants placés en garderie :

a = # d'enfants avec diarrhée
b = # d'enfants sans diarrhée
a + b = # d'enfants en garderie
c = coefficient de comparaison (100, 1 000, 10 000, etc.)
Taux = a/(a + b) × c en unité de temps.

Toxine

Substance de nature protéinique qui est nocive ou même létale pour l'organisme.
Endotoxine : toxine trouvée à l'intérieur d'une bactérie. Elle est libérée lors de la rupture de la paroi cellulaire.
Exotoxine : toxine produite par une bactérie sans dommage à sa paroi cellulaire.

Toxoïde

Préparation contenant une toxine détoxifiée. Elle est utilisée pour induire une immunité active contre les effets nocifs de la toxine.

Transmission (de l'infection)

Transfert immédiat d'un agent (ou d'une maladie) à partir d'une personne infectée à un hôte réceptif.
Transmission directe : de personne à personne par contact étroit.
Transmission indirecte : par véhicule, l'air ou des vecteurs.
Transmission verticale : de la mère à l'enfant par les gènes, le placenta, le lait maternel ou à la naissance.
Transmission horizontale : d'une personne à une autre par contact direct ou indirect ou par l'intermédiaire d'un vecteur sans que des facteurs héréditaires soient mis en cause. S'oppose à transmission verticale.

Trottineur (« toddler »)

Enfant de 13 à 36 mois.

Vaccin

Préparation contenant des microorganismes entiers tués ou vivants, une fraction ou des produits de microorganismes avec des propriétés antigéniques. Le vaccin confère à l'hôte une immunité active et spécifique contre l'agent infectieux.

Vecteur

Arthropode (insecte qui permet le transfert d'un agent vers un hôte réceptif).

Véhicule

Tout objet ou substance qui constitue une source d'infection ou d'intoxication (par exemple, des jouets).

Zoonose

Maladie infectieuse transmissible dans des conditions naturelles entre les animaux et l'être humain.

Index

Adénovirus
23, 37, 135, 157, 179, 188, 192
Bordetella pertussis 41
Bronchiolite 23
Campylobacter jejuni 27
Campylobactériose 27
Chlamydia trachomatis 37
Cinquième maladie 68
Clostridium difficile 32
CLSC (définition) V, 3
Cohorte 212, 218, 256
Colite pseudo-membraneuse 32
Conjonctivite 37
épidémique hémorragique 48
Coqueluche 41
Coronavirus 179, 192
Corynebacterium diphteriæ 64
Coxsackie (virus) 48
Cryptosporidiose 51
Cryptosporidium 51
Cytomégalovirus (infection à) 56
Diarrhée épidémique 59
Diphtérie 64
DSC (définition) V, 4
Échovirus 66
Entérobiase 160
Enterobius vermicularis 160
Enterovirus
37, 59, 140, 159, 181, 194
Épiglottite 97
Epstein-Barr (virus d') 143
Érythème infectieux 68
Escherichia coli 71
Fièvre typhoïde 209
Gale 77
Gastro-entérite
à Campylobacter 27
à *Clostridium difficile* 32
à *E. coli* 71
à rotavirus 84

à salmonella 209
à shigella 216
à yersinia 248
virale autre qu'à rotavirus 59
Giardia lamblia 89
Giardiase 89
Gingivostomatite (herpétique) 117
Glomérulonéphrite aiguë 174
Hæmophilus influenzæ type b 12, 15, 18, 97, 186
Hépatite A 104
Hépatite B 113
Herpangine 48
Herpès simplex 117
Ictère 104, 113
Immunisation 18
Immunodéprimé 197, 222, 240
Impétigo 120
Influenza type A 125
Intoxication alimentaire 130, 209, 216, 248
Laryngite 135
MADO (classification) V, 11
Méningite bactérienne
Hæmophilus influenzæ type b V, 97
Neisseria meningitidis 146
Pneumocoque 183
Méningite virale 138
Méningococcémie 146
Méningo-encéphalite 146
Molluscum contagiosum 141
Mononucléose 143
Mycobacterium tuberculosis 234
Mycoplasma pneumoniæ 135, 186
Neisseria gonorrhoeæ 37
Neisseria meningitidis 146
Oreillons 152
Otite moyenne aiguë 157
Oxyurose (voir entérobiase) 160
Panencéphalite subaiguë sclérosante 198
Papovirus 68
Para-influenza 23, 135, 179, 188, 192
Paramyxovirus 152
Parotidite (voir oreillons) 152
Parvovirus 68
Pédiculose 165
Pediculus Humanus capitis 165
Pediculus Humanus corporis 165
Pharyngite
lymphonodulaire 48
vésiculeuse 48
Pharyngo-amygdalite streptococcique 174
Pharyngo-amygdalite virale 179
Phthirus pubis 165
Pied-main-bouche (syndrome)
Pneumocoque 183
Pneumonie
bactérienne 186
virale 188
Poliomyélite 190
Poxvirus 141
PPD V, 234
Prurit anal 160
Respiratoires (contrôle des infections) 19
Rhinovirus 19, 192
Rhumatisme articulaire aigu 175
Rhume 192
Roséole 193
Rotavirus 84
Rougeole 197
Rubéole 204
Salmonella typhi, paratyphi 209
Salmonellose 209
Sarcoptes scabiei 77

Scarlatine 174
« Scoth tape test » 161
Shigella 216
Shigellose 216
SIDA V, 17, 222
Staphylococcus aureus 120, 37
Stomatite vésiculeuse 48
Streptococcus
S. Bêta hémolytique du groupe A 174
S. pneumoniæ 37, 157, 183
Syndrome urémique hémolytique 72
Teigne 227
Tinea capatis 227
Tinea corporis 231
Tétanos 225
Tinea 227
Tuberculinique (épreuve) 234
Tuberculose V, 15, 234
Varicella-Zoster 240
Varicelle 240
Verrue 246
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) V, 17, 222
Virus respiratoire syncytial 16, 23, 135, 157, 188, 192
Yersiniose 248
Y. enterocolitica 248
Y. pseudotuberculosis 248
Zona (varicelle Zoster) 240

Bibliographie

ACIP, « Prevention and Control of Influenza », *MMWR*, 1986, 35 : 317-331.

Alary, M. *et al.*, « An Epidemic of Shigellosis in A Day-Care Center in Quebec », *CMAJ*, 1985, 132 : 399-400.

Alpert, G. *et al.*, « Outbreak of Cryptosporidiosis in A Day-Care Center », *Pediatrics*, 1986, 77 : 152-157.

American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases, Health Guidelines for the Attendance in Day-Care and Foster Care Settings of Children Infected with Human Immunodeficiency Virus », *Pediatrics*, 1987, 79 : 466-471.

American Academy of Pediatrics. Report of the Committee in Infectious Diseases. Illinois, 20e édition, 1986, 557 p.

Bartlett, A.V. *et al.*, « Diarrheal Illness Among Infants and Toddlers in Day-Care Centers. I-Epidemiology and Pathogens. II-Comparison with Day-Care Homes and Households », *Pediatrics*, 1985, 107 : 495-509.

Benenson, A., *Control of Communicable Diseases in Man*, 14e édition, American Public Health Association, Washington, 1985.

Bennett, J. *et al.*, *Principles and Practice of Infectious Diseases*, New York — Toronto, John Wiley & Sons, 1985.

Black, R. *et al.*, « Giardiasis in Day-Care Centers : Evidence of Person-to-Person Transmission », *Pediatrics*, 1977, 60 : 486-491.

Black, R. *et al.*, « Handwashing to Prevent Diarrhea in Day-Care Centers », *Am. J. Epidemiol.*, 1981, 113: 445-451.

Blackman, J. *et al.*, « Management of Young Children with recurrent Herpes Simplex Skin Lesions in Special Educative Programs », *Pediatr. Inf. Dis.*, 1985, 4: 221-224.

Bouchard, S., *L'implication des CLSC face à la problématique de la garde des enfants en 1984-1985*, OSGE, novembre 1985.

Broome, C. *et al.*, « Use of Chemoprophylaxis to Prevent The Spread of *Hæmophilus Influenzæ* b in Day-Care Facilities », *N. Engl. J. Med.*, 1987, 1 226-1 228.

Canadian Paediatric Society, « Infectious Diseases and Immunization Committee. Pediculosis Capitis (Head Lice) », *Can. Med. Ass. J.*, 1985, 133: 741-742.

(CDC), *Principles of Epidemiology*, Manuals 1-6, Homestudy Course 3030G, Atlanta, 1984.

CDC, Recommandations of the Immunization Practices: Prevention of *Hæmophilus influenzæ* Type b Disease », *MMWR*, 1986, 170-179.

CDC, *What You Can Do to Stop Disease in the Child Day-Care Center. A Handbook for Child Day-Care Center Directors*, Atlanta, 1984 (révisé par Alberta Community and Occupational Health, Alberta, 1986).

CDC, *What You Should Know About Contagious Disease in the Day-Care Setting. A Handbook for Child Day Care Center Directors, Caregivers and Parents*, Georgie, 1984.

Chorba, T. *et al.*, « Control of a Non-Foodborne Outbreak of Salmonellosis: Day-Care in Insolation », *Am J. Public Health*, 1987, 77: 979-981.

Combee, C. *et al.*, « Cryptosporidiosis in a Hospital Associated Day-Care Center », *Pediatr. Infect. Dis.*, 1986, 5: 528-532.

Comité consultatif national sur le SIDA, « Lignes directrices à l'intention des personnes responsables de garderies ou de classes où il y a des enfants infectés par le HTLV-III/LAV », *RHMC*, 1986, 12: 67-69.

Comité des programmes, Bureau régional maladies infectieuses, *Une politique régionale pour le contrôle de la rougeole, région 06*, Montréal, 1984.

Cosokonay, Wm. « *Cryptosporidium* dans deux garderies à Calgary, Alberta », *RHMC*, 1986, 12: 29-32.

Crawford, F. *et al.*, « Parasitic Infections in Day-Care Centers », *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 1987, 6: 744-749.

Dashefsky, B. *et al.*, « Management of Contacts of Children in Day-Care with Invasive *Hæmophilus influenzæ* Type b Disease », *Pediatrics* 1986, 78: 939-940.

Deschesnes, J., *Immunisation des jeunes*, circulaire 1982-93, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 30 août 1982.

Dore, N. et **D. Le Henaff**, *Mieux vivre avec son enfant : de la naissance à deux ans*, Hôpital de l'Enfant-Jésus, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1987.

DSC Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, *Politique de dépistage et de contrôle de la pédiculose*, août 1985.

DSC Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, *Politique et procédure en cas de suspicion de gale*, août 1985.

Dubé, R. *et al.*, *Prévention des infections en garderie*, manuscrit non publié, 1985.

Dubé, R. *et al.*, *Guide sur la prévention des infections en garderie à l'usage des professionnels de la santé*, Hôpital Sainte-Justine, Centre hospitalier de l'Université Laval.

Duffy, L. *et al.*, « The Effects of Infant Feeding on Rotavirus Induced Gastroenteritis : A Prospective Study », *Am. J. Public Health*, 1986, 76,3 : 259-263.

Ekanem, E. *et al.*, « Transmission Dynamics of Enteric Bacteria in Day-Care Centers », *Am. J. Epidemiol.*, 1983, 118 : 562-572.

Farrar, J. *et al.*, *The Transmission of Lower-Respiratory-Tract Infections in Day-Care Centers*, Epidemic Intelligence Service 35th Annual Conference, Centers for Disease Control, Atlanta, 1986.

Firedland, G. et **R. Klein**, « Transmission of the Human Immuno-Deficiency Virus », *N. Engl. J. Med.*, 1987, 317 : 1 125-1 135.

Fleming, D. *et al.*, « Childhood Upper Respiratory Tract Infections : To What Degree Is Incidence Affected by Day-Care Attendance ? », *Pediatrics*, 1987, 79 : 55-60.

Fleming, D. *et al.*, « Secondary *Hæmophilus influenzæ* Type b in Day-Care Facilities. Risk Factors and Prevention », *JAMA*, 1985, 254 : 509.

Ford-Jones, E. *et al.*, « Infection Diseases in Day-Care Centers : Minimizing the Risk », *CMAJ*, 1987, 137 : 105-107.

Goupil, J. et **Y. Robert**, *Les infections en garderie dans la région 06-A : analyse rétrospective et perspectives d'avenir*, rapport final, Montréal, DSC Hôpital Saint-Luc, 1984.

Hadler, S. *et al.*, « Effect of Immunoglobulin on Hepatitis A in Day-Care Centers », *JAMA*, 1983, 249 : 45-53.

Hayashi, J. *et al.*, « Hepatitis B Virus Transmission in Nursery Schools », *Am. J. Epidemiol.*, 1987, 125 : 492-493.

Heijbel, H. *et al.*, « Outbreak of Diarrhea in a Day-Care Center With Spread to Household Members: The Role of *Cryptosporidium* », *Pediatr. Infec. Dis. J.*, 1987, 6: 532-535.

Infectious Diseases and Immunization Committee, « Recommendations on Immunization Practices », *CMAJ*, 1985, 133: 741-742.

Istre, G. *et al.*, « Risk Factors for Primary Invasive *Hæmophilus influenzæ* Disease: Increased Risk from Day-Care Attendance and School-Aged Household Members », *J. Pediatr.*, 1985, 106: 190.

Jacobson, J. *et al.*, « Meningococcal Disease in Day-Care Centers », *Pediatrics*, 1977, 59: 299-300.

Jenicek, M. et **R. Cléroux**, *Epidémiologie: principes — techniques — applications*, Saint-Hyacinthe, EDISEM, inc., 1982.

Johes, L. *et al.*, « Cytomegaloviral Infections in Infant-Toddler Centers: Centers for the Developmentally Delayed Versus Regular Day-Care », *J. Infect. Dis.*, 1985, 151: 953-955.

Jokipii, A. *et al.*, « Prospective Study of Acquisition of *Cryptosporidium, Giardia lamblia* and Gastrointestinal Illness », *Lancet*, 1985, 8.453: 487-489.

Kim, K. *et al.*, « Outbreaks of Diarrhea Associated with *Clostridium difficile* and Its Toxin in Day-Care Centers: Evidence of Person-to-Person Spread », *J. Pediatr.*, 1983, 102: 376-382.

Lambert, D. et **S. Venne**, *Les infections en garderie*, Congrès FMOQ: L'omnipratique d'aujourd'hui à demain, 12 novembre 1986.

Last, J., *A Dictionary of Epidemiology*, International Epidemiological Association World Health Organization Handbooks, USA, 1983.

Lemp, G. *et al.*, « The Relationship of Staff to the Incidence of Diarrhea in Day-Care Centers », *AM. J. Epidemiol.*, 1984, 120: 750-758.

Loda, F. *et al.*, « Respiratory Disease in Group Day-Care », *Pediatrics*, 1972, 49: 428-437.

Moore, D., *Infections in Day-Care Centers*, Congrès de l'omnipraticien et les maladies infectieuses, FMOQ, décembre 1985.

Murphy, T. *et al.*, « Risk of Subsequent Disease Among Day-Care Contacts of Patients with Systemic *Hæmophilus Influenzæ* Type b Disease », *N. Engl. J. Med.*, 1987, 316: 1-5.

Nolan, C. *et al.*, « Tuberculosis in a Day-Care Home », *Pediatrics*, 1987, 79: 630-631.

Organisation mondiale de la santé, « Les soins aux enfants dans les crèches », *Cahiers de santé publique, n° 24, Genève, 1965*.

Osterholm, M. *et al.*, « Infectious Diseases in Child Day-Care: Management and Prevention, *Rev. Inf. Dis.*, 1986, 8: 513-679.

Osterholm, M. *et al.*, « The Risk of Subsequent Transmission of *Hæmophilus influenzæ* Type b Disease Among Children in Day-Care », *N. Engl. J. Med.*, **1987, 316: 1-5.**

Pass, R. *et al.*, « Cytomegalovirus Infection in a Day-Care Center », *N. Engl. J. Med.*, 1982, 307: 477-479.

Pass, R. *et al.*, « Increased Rate of Cytomegalovirus Infection Among Parents of Children Attending Day-Care Centers », *N. Engl. J. Med.*, 1986, 314: 1 414-1 418.

Pass, R. *et al.*, « Young Children as a Probable Source of Maternal and Congenital Cytomegalovirus Infection », *N. Engl. J. Med.*, 1987, 316: 1 366-1 370.

Pechère, J.C. *et al.*, Reconnaitre, comprendre, traiter les infections, Paris, Ed. Maloine, Saint-Hyacinthe, Ed. Edisen.

Pickering, L., « Infections in Day-Care », *Pediatr. Infect.*, 1987, 6: 614-617.

Pickering, L. *et al.* « Diarrhea Caused by *Shigella*, Rotavirus and *Giardia* in Day-Care Centers: Prospective Study », *J. Pedian.* 1981, 99: 51-56.

Pickering, L. *et al.*, « Occurence of *Giardia Lamblia* in Children in Day-Care Centers », *J. Pediatr.*, 1984, 104: 522-526.

Pickering, L. et **W. Woodward**, « Diarrhea in Day-Care Centers », *Pediatr. Inf. Dis.*, 1982, 1: 47-52.

Proulx, M. et **M. Richard**, *Des enfants gardés... en santé*, Office des services de garde à l'enfance, Les Publications du Québec, Québec, 1985.

Redmond, S. et **M. Pichichero**, « *Hæmophilus Influenzæ* Type b Disease. An Epidemiologic Study with Special Reference to Day-Care Centers », *JAMA*, 1984, 252: 2 581-2 583.

Reeves, J., « Head Lice and Scabies in Children », *Pediatr. Inf. Dis. J.*, 1987, 6: 598-602.

Resemblum, B. *et al.*, « Hepatitis A Outbreak in a Day-Care Center-Texas », *MMWR*, 1980, 20: 565-566.

Riegle, L. *et al.*, « Contagiousness of Zoster in a Day-Care Setting », *Pediatr. Inf. Dis.*, 1985, 4: 413.

Sealy, D. et **S. Schuman**, « Endemic Giardiasis and Day-Care », *Pediatrics*, 1983, 72: 154-158.

Skeels, M. *et al.*, « Screening of Coinfection with *Cryptosporidium* and *Giardia* in Oregon Public Health Clinic Patient », *AJPH*, 1986, 76: 270-273.

Soto, J. *et al.*, *Projet pilote « Surveillance de maladies infectieuses en garderie »*, Service de santé publique du Département de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc, Montréal, 1986.

Spencer, L. *et al.*, « Salmonellosis in a Day-Care Center », *J. Pediatr.*, 1982, 100: 1 004-1 005.

St. Paul Division of Public Health, Henneping County Health Department, Minneapolis Health Department, Minnesota Department of Health, *Infectious Diseases in Child Day-Care. Information for Day-Care Center Directors and Parents or Guardians*, février 1984.

Sullivan, P. *et al.*, « Longitudinal of Occurence of Diarrhea Disease in Day-Care Centers », *AJPH*, 1984, 74: 987-991.

Tauxe, R.V. *et al.*, « Control of Day-Care Shigellosis: A Trial of Convalescent Day-Care in Isolation », *AJPH*, 1986, 76: 627-630.

Taylor, J. *et al.*, « Cryptosporidiosis Outbreak in a Day-Care Center », *AM. J. Dis. Child.*, 1985, 139: 1 023-1 025.

Vernon, A. *et al.*, « A Large Outbreak of Hepatitis A in a Day-Care Center », *Am. J. Epidemiol.*, 1982, 115: 325-331.

Weber, M. *et al.*, *Guide thérapeutique pédiatrique*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1986.

Weissman, J. *et al.*, « The Role of Preschool Children and Day-Care Centers in the Spread of Shigellosis in Urban Communities », *J. Pediatr.*, 1974, 84: 797-802.

Achevé d'imprimer en octobre 1988
sur les presses de l'imprimerie
Héon et Nadeau Inc.

Composition typographique : Compélec inc.

LES INFECTIONS EN **GARDERIE**

La présente publication est le fruit des efforts de plusieurs organismes du réseau de la santé. Elle s'adresse aux *professionnels et professionnelles de la santé* qui s'intéressent à la prévention et au contrôle des infections dans les milieux de garde.

La première partie du document traite du rôle des DSC et des CLSC face aux maladies infectieuses en garderie; la deuxième réunit de l'information sur les critères d'intervention proposés aux organismes de santé et sur la prévention des infections selon le mode de transmission de la maladie; la troisième traite de chacune des maladies infectieuses dans les garderies.

Les maladies y sont présentées par ordre alphabétique. La table des matières et l'index permettent au lecteur de trouver facilement le renseignement qu'il désire.

Véritable guide, ce document propose des mesures qui se veulent des lignes de conduite plutôt que de strictes règles.

Michel Abbey

Pierre Déry

Micheline Guy

Danielle Le Hénaff

Marie-Thérèse Proulx

Marie-France Raynault

Julia C. Soto

Gisèle Trudeau

LES AUTEUR(E)s

9 782551 001912

Imprimé au Québec, Canada

Gouvernement du Québec
Office des services de garde à l'enfance